

PONTIFICIA UNIVERSIDAD CATOLICA DEL ECUADOR

FACULTAD DE MEDICINA

**IDENTIFICACION DEL SINDROME DEL CUIDADOR CANSADO Y SU RELACION
CON LA FUNCIONALIDAD DEL ADULTO MAYOR A SU CARGO EN PACIENTES
DE LA CONSULTA EXTERNA DEL SERVICIO DE GERIATRÍA DEL HOSPITAL
QUITO N.1 DE LA POLICÍA EN EL PERIODO COMPRENDIDO ENTRE OCTUBRE
DEL 2014 Y ENERO DEL 2015.**

DISERTACION PREVIA LA OBTENCION DEL TITULO DE MEDICO CIRUJANO

**PAOLA DOLORES SILVA CHÁVEZ
VERONICA ELIZABETH PÉREZ VILLEGAS**

DIRECTOR: DR. PATRICIO BUENDIA GÓMEZ DE LA TORRE

DIRECTOR METODOLOGICO: DR. JOSÉ SOLA

QUITO, 2015

AGRADECIMIENTOS

Quiero en primer lugar agradecer a mis padres, por haber sido mi mayor soporte, mi ejemplo a seguir y mi fuente de inspiración, pues me enseñaron que los grandes sacrificios siempre traen su recompensa.

A mis hermanos, por haber creído en mí durante toda esta larga travesía y demostrarme siempre, que uno nunca sabe de lo que es capaz hasta que lo intenta.

A Daniel, quien me dio la fuerza necesaria en momentos difíciles, por ser mi apoyo, mi compañero de vida y por inspirarme a querer ser cada día una mejor persona.

A todos quienes formaron parte de esta etapa, gracias por compartir conmigo hoy este logro.

Paola Silva

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios por permitirme llegar a este momento y darme las fuerzas necesarias y la vida para ver esta meta cumplirse.

Agradezco y dedico esta tesis a mis padres quienes han sido el perfecto ejemplo de esfuerzo y dedicación, quienes me han enseñado que con trabajo se logran las metas, son las mejores personas que conozco y definitivamente un ejemplo a seguir y sobretodo agradezco la confianza que han depositado en mí y el apoyo durante estos años de carrera aun y en la distancia.

Agradezco también a mi familia, mis tíos quienes han sido parte importante y activa de este proceso, me han apoyado en el día a día sin dejarme desfallecer, a mi hermano quien es mi luz, mi fuerza y mis ganas de ser mejor cada día, mis primos por siempre estar ahí y quererme como una hermana más y a mi abuelito quien ha sido ese hombre recto y generoso gracias a quien soy la persona que soy hoy.

Verónica Pérez Villegas

INDICE

CAPITULO I

INTRODUCCION

| | |
|------------------------------------|----|
| 1. Introducción..... | 10 |
| 2. Justificación..... | 11 |
| 3. Problema de investigación | 13 |
| 4. Objetivos | |
| a. General..... | 13 |
| b. Específicos..... | 13 |
| 5. Hipótesis..... | 14 |

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1. GENERALIDADES

1.1 DEMOGRAFIA

| | |
|---------------------------------------|----|
| 1.1.1 Demografía mundial..... | 15 |
| 1.1.2 Demografía latinoamericana..... | 16 |
| 1.1.3 Demografía local..... | 17 |

2. DEFINICIONES

| | |
|--|----|
| 2.1 Envejecimiento..... | 18 |
| 2.1.1 Envejecimiento activo..... | 19 |
| 2.1.2 Feminización del envejecimiento..... | 20 |
| 2.1.3 Envejecimiento Poblacional..... | 21 |
| a. Transición Demográfica..... | 22 |
| b. Transición Epidemiológica..... | 23 |

3. DEPENDENCIA, DISCAPACIDAD y MORTALIDAD

| | |
|---------------------------------------|----|
| 3.1 Conceptos..... | 23 |
| 3.1.1 Dependencia..... | 23 |
| 3.1.2 Discapacidad..... | 23 |
| 3.1.3 Fragilidad..... | 23 |
| 3.2 Factores determinantes..... | 24 |
| 3.3 Enfermedad | 24 |
| 3.3.1 Enfermedades degenerativas..... | 26 |
| 3.4 Muerte..... | 26 |

4. BIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO PSICOSOCIAL.....28

| | | |
|-------|--|----|
| 4.1 | Plasticidad | 29 |
| 4.2 | Neuroplasticidad..... | 29 |
| 4.2.1 | Plasticidad cognitiva..... | 29 |
| 4.2.2 | Plasticidad comportamental..... | 30 |
| 4.3 | Depresión en el adulto mayor..... | 30 |
| 5 | LIMITANTES DEL ENVEJECIMIENTO..... | 33 |
| 5.1 | Estereotipos | 33 |
| 6 | CAMBIO EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR..... | 35 |
| 6.1 | Tamaño familiar..... | 35 |
| 6.2 | Matrimonio y viudez..... | 36 |
| 6.3 | Formas de vida y convivencia | 37 |
| 6.4 | La soledad..... | 38 |
| 6.5 | Red de apoyo..... | 39 |
| 7 | ECONOMIA Y JUBILACION..... | 40 |
| 7.1 | Disminución de la actividad..... | 41 |
| 7.2 | Ingresos del adulto mayor y jubilación..... | 41 |
| 8 | EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR..... | 42 |
| 8.1 | Ética y humanización | 43 |
| 8.2 | Cuidados y cuidadores..... | 43 |
| 8.3 | Capacitación de los cuidadores..... | 44 |
| 8.4 | Tipos de cuidadores..... | 45 |
| 8.4.1 | Selección del cuidador principal..... | 46 |
| 8.4.2 | Cuidadores informales..... | 47 |
| 8.4.3 | Cuidados profesionales..... | 49 |
| 8.5 | Cuidados en el hogar..... | 49 |
| 9 | SÍNDROME DEL CUIDADOR CANSADO..... | 51 |
| 9.1 | Concepto..... | 52 |
| 9.2 | Epidemiología..... | 53 |
| 9.3 | Factores de riesgo..... | 54 |
| 9.4 | Teorías sobre el estrés del cuidador..... | 58 |
| 9.4.1 | Teoría de Lazarus y Folkman..... | 59 |
| 9.4.2 | Modelo sobre el proceso de estrés..... | 61 |
| 9.5 | Sintomatología..... | 62 |
| 9.6 | Relación entre el grado de dependencia y la presencia de Síndrome de cuidador cansado..... | 65 |

| | | |
|--------|---|----|
| 10 | IMPACTO DEL CUIDADO EN LA ECONOMIA..... | 66 |
| 10.1 | El impacto del cuidado del adulto mayor en la economía de un país | 67 |
| 10.2 | El impacto del cuidado del adulto mayor en la economía del cuidador informal..... | 68 |
| 11 | PROMOCION DE SALUD | |
| 11.1 | Manejo y medidas preventivas..... | 70 |
| 11.2 | Prevención de la dependencia..... | 72 |
| 11.2.1 | Prevención primaria..... | 72 |
| 11.2.2 | Prevención secundaria..... | 73 |
| 11.2.3 | Prevención terciaria..... | 73 |
| 11.3 | Recursos de salud para el adulto mayor..... | 73 |
| 11.3.1 | Servicios sociales..... | 74 |
| 11.3.2 | Actividad física..... | 74 |
| 11.3.3 | Alimentación saludable..... | 74 |
| 11.3.4 | Salud mental..... | 75 |
| 11.3.5 | Salud social..... | 75 |
| 12 | DIGNIDAD HUMANA Y CALIDAD DE VIDA..... | 75 |
| 13 | INSTRUMENTOS DE VALORACION | 76 |
| 13.1 | Índice de Barthel..... | 76 |
| 13.2 | Escala de Yesavage..... | 77 |
| 13.3 | Escala de Oars..... | 78 |
| 13.4 | Test de Zarit..... | 78 |
| 13.5 | Escala de Goldberg..... | 79 |

CAPITULO III

METODOLOGIA

| | | |
|-----|--|----|
| 1. | Muestra | |
| 1.1 | Calculo de la muestra..... | 80 |
| 1.2 | Criterios de inclusión..... | 80 |
| 1.3 | Criterios de Exclusión..... | 81 |
| 2. | Tipo de estudio..... | 81 |
| 3. | Procedimiento de recolección de información..... | 81 |
| 4. | Plan de análisis de datos..... | 81 |
| 4.1 | Operacionalizacion de variables..... | 82 |
| 5. | Aspectos bioéticos..... | 86 |
| 5.1 | Consentimiento informado..... | 86 |

CAPITULO IV

| | |
|-----------------------------------|----|
| ASPECTOS ADMINISTRATIVOS..... | 87 |
| 1. Recursos necesarios..... | 87 |
| 2. Cronograma de actividades..... | 87 |

CAPITULO V

RESULTADOS

| | |
|-------------------------------------|-----|
| 1. Análisis Univariado..... | 88 |
| 1.1 Variables del cuidador..... | 88 |
| 1.2 Variables del adulto mayor..... | 92 |
| 2. Análisis Bivariado..... | 102 |

CAPITULO VI

| | |
|----------------|-----|
| DISCUSION..... | 107 |
|----------------|-----|

CAPITULO VII

| | |
|-------------------------|-----|
| 1. CONCLUSIONES..... | 113 |
| 2. LIMITACIONES..... | 114 |
| 3. RECOMENDACIONES..... | 115 |

| | |
|---------------------------|------------|
| BIBLIOGRAFIA | 118 |
|---------------------------|------------|

| | |
|--------------------|------------|
| ANEXOS..... | 127 |
|--------------------|------------|

RESUMEN: Se valoró la asociación entre la presencia de síndrome del cuidador cansado y el grado de funcionalidad de los adultos mayores que acudieron a la consulta de geriatría. Se utilizaron la escala de Barthel, escala de Yesavage y la escala de OARS para el adulto mayor así como el test de Zarit y la escala de Goldberg para identificar la fatiga del cuidador y la probabilidad de ansiedad y depresión en el mismo. Encontramos que el 55% de los cuidadores presentaron algún grado de sobrecarga (19% leve y 36% intensa), además un 64% de cuidadores presentaron probabilidad de ansiedad y 55% probabilidad de depresión. Un 19% de los adultos mayores presentaron algún grado de dependencia en las actividades de la vida diaria, así como un 62% presentaron depresión y un 41% refirieron tener una red de apoyo deficiente. Los cuidadores principales presentaron más riesgo de sobrecarga que los ocasionales (OR=4.7), la depresión y la ansiedad en los cuidadores resultaron factores predisponentes para SCC así como la mala autopercepción de salud y los bajos recursos económicos. El adulto mayor dependiente proporciona una mayor probabilidad de presentar sobrecarga en sus cuidadores con un OR=3.5. La depresión del adulto mayor y los trastornos auditivos de estos resultaron predisponentes para sobrecarga en sus cuidadores. El que el cuidador no viva con el adulto mayor resulto ser un factor protector para SCC. Enfermedades como HTA, DM2, neurológicas, psiquiátricas, deterioro cognitivo y oncológicas no resultaron factores de riesgo para presentar sobrecarga. Este estudio muestra la necesidad de una identificación temprana de síndrome del cuidador cansado en cuidadores informales de adultos mayores para prevenir complicaciones en la salud de los mismos, así como para mejorar el cuidado de nuestros adultos mayores y evitar las complicaciones de sus enfermedades.

PALABRAS CLAVES: Escala de Barthel, Escala de Yesavage, Escala de OARS, Test de Zarit, Escala de Goldberg, Síndrome del cuidador cansado, depresión, ansiedad.

ABSTRACT: This study assessed the association between the caregiver burnout syndrome and the degree of functionality in senior citizens who attended the outpatient geriatrics. We used the Barthel scale, Yesavage scale and OARS for the elderly population and Zarit test and scale of Goldberg to identify caregiver burnout syndrome and the likelihood of anxiety and depression in the caregivers. We found that 55% of caregivers had some degree of overload (19% mild and 36% severe), plus 64% of caregivers had anxiety and 55% depression. 19% of older adults showed some degree of dependence in activities of daily living, 62% had depression and 41% reported having a poor support network. Primary caregivers had more risk of overloading than occasional caregivers (OR = 4.7), depression and anxiety in caregivers were predisposing factors for CBS just like poor self-rated health and low income. The dependent elderly provides more risk to overload their caregivers with an OR = 3.5.

Depression of the elderly and hearing disorders came out as risk factors for their caregivers to develop overload. The fact that the caregiver does not live with the elderly turned out to be a protective factor for CBS. Diseases such as hypertension, type 2 diabetes, neurological diseases, psychiatric diseases, cognitive impairment and cancer were not risk factors for presenting the syndrome. This study shows the need for early identification of caregiver burnout syndrome in informal caregivers of older adults to prevent health complications in this group, and to improve care for our seniors avoiding complications in their disease.

KEYWORDS: Barthel Scale, Yesavage Scale, OARS, Zarit Test, Goldberg Scale, Caregiver Burnout Syndrome, depression, anxiety.

CAPITULO I

INTRODUCCION

Debido al aumento en la esperanza de vida y a la mejoría en los recursos de salud, se ha visto un incremento notable en el grupo de personas que sobrepasan los 60 años de vida durante este último siglo. Estos datos reflejan la importancia que existe, sobretodo en el ámbito de la medicina, de tratar de mejorar la calidad de vida del adulto mayor, y es aquí donde recurrimos a un error bastante frecuente en la práctica diaria, al enfocarnos únicamente en las patologías del adulto mayor sin prestar atención a sus cuidadores informales y sus redes de apoyo siendo estas también una parte fundamental en el bienestar global del paciente. Es importante recalcar cual es el papel que cumple y todo lo que implica el ser un cuidador, pues dentro de un contexto general, son ellos los verdaderos protagonistas y de cierta forma, los responsables de una evolución favorable del paciente a su cargo.

Es importante saber diferenciar entre el envejecimiento de una población en general y el envejecimiento individual. Una sociedad envejece al aumentar la proporción de personas de edad, mientras que las personas envejecen cada año que sobreviven. Acorde a dichos cambios hay que aclarar que esto no significa que el proceso de envejecimiento sea sinónimo de enfermedad, discapacidad, ni dependencia, pues no todos los individuos envejecen de la misma forma ni al mismo ritmo. El mismo proceso fisiológico es simplemente la continuación de un periodo largo de constante crecimiento que llega a un punto donde paulatinamente todos nuestros sistemas biológicos van perdiendo eficiencia y lentamente comienzan a involucionar.

Existen factores de riesgo que pueden predisponer a que durante los últimos años de vida aparezcan enfermedades y que esto a su vez genere discapacidad y dependencia, pero para poder diferenciar entre un proceso “fisiológicamente normal” y un “proceso patológico” debemos conocer cuáles son los principales cambios físicos y biológicos propios de la vejez para una correcta diferenciación y valoración del problema a tratarse en este ensayo.

JUSTIFICACION

Este trabajo de investigación está enfocado en detectar la relación que existe entre el grado de dependencia del paciente adulto mayor y el riesgo para presentar el síndrome del cuidador cansado en sus cuidadores informales. Consideramos que este problema de salud puede estar en relación con el nivel de funcionalidad y dependencia del adulto mayor, con la calidad de la red de apoyo del mismo, las comorbilidades que este presenta y su estado de ánimo, así como el estado de ánimo del cuidador. Teniendo en cuenta que este es un grupo poblacional en riesgo a quienes el sistema de salud no les ha dedicado suficientes recursos a pesar de encontrarse en constante crecimiento, consideramos fundamental la identificación de factores de riesgo que nos permitan prevenir y evitar que aumente la morbilidad dentro del grupo de cuidadores y a su vez la morbimortalidad del paciente a su cargo.

Todos los seres humanos llegamos a un punto en donde la necesidad de ser cuidados será ineludible, ya sea por situaciones de vulnerabilidad como enfermedades, discapacidad, dependencia, limitaciones para realizar actividades de la

vida diaria e inclusive momentos de sufrimiento y tristeza que precisen de un acompañante. Como se mencionó anteriormente, el grupo de cuidadores informales ha ido creciendo de manera gradual en los últimos años, y se ve directamente relacionado al aumento en la tasa de crecimiento de las personas mayores a los 65 años de edad. Se ha visto además que una vez que el adulto mayor es diagnosticado de alguna enfermedad en la cual su autonomía se ve afectada, la familia sufre cambios importante en su dinámica y funcionamiento.

Este no es tan solo un problema que afecta al paciente y al sistema de salud sino que también a la economía global de un país puesto que los cuidadores informales sufren una serie de molestias tanto físicas como psicológicas que en varias ocasiones los lleva al ausentismo en sus trabajos. En los Estados Unidos se ha visto una disminución del 22.9% en la productividad laboral de los cuidadores informales de pacientes crónicos la cual estaba directamente relacionada con el número de horas dedicadas al cuidado de los pacientes, a los niveles de ansiedad, al estado civil del cuidador y a los estadios de la enfermedad del paciente (1). Las cifras de pérdidas monetarias anuales en EE.UU a causa del ausentismo laboral por parte de los cuidadores informales de pacientes con Alzheimer es igual a 10.234 billones de dólares y existe una pérdida de la productibilidad de aproximadamente 18.004 billones de dólares según un estudio realizado por Ross Koppel, Ph.D. en el 2002 (2), esto sin mencionar el resto de enfermedades que afectan al adulto mayor y en las que los pacientes necesitan un cuidador directo lo cual llevaría a estas cifras a ser aún más significativas.

PROBLEMA DE INVESTIGACION

El hecho de que la sociedad y el sistema de salud no hayan reconocido al Síndrome del Cuidador Cansado como un problema de salud que en la actualidad va en aumento y que ha sido subdiagnosticado a través de los años, nos ha llevado a la necesidad de buscar cifras reales que nos ayuden a identificar, en primera instancia el problema y posteriormente la repercusión que esto tiene sobre el bienestar tanto del cuidador como del paciente a su cargo así como también analizar los factores de riesgo para presentar dicho problema de salud, de esta manera identificados los problemas estaríamos en capacidad de disminuir la incidencia de morbilidad en ambos grupos.

OBJETIVOS

Principal: Demostrar la relación entre la funcionalidad del adulto mayor dependiente y el riesgo de presentar el síndrome del cuidador cansado en el cuidador informal.

Específicos:

1. Comprobar la asociación entre el síndrome del cuidador cansado y el nivel de dependencia del adulto mayor a su cargo
2. Asociar el grado de depresión del adulto mayor y/o del cuidador informal con la aparición del Síndrome del cuidador cansado.
3. Analizar la relación entre la depresión del adulto mayor y la aparición de depresión/ansiedad en el cuidador informal.
4. Relacionar las comorbilidades del paciente adulto mayor con la presencia de Síndrome de cuidador cansado.

5. Valorar si la calidad de la red de apoyo del paciente influye en la aparición de Síndrome de cuidador cansado.
6. Descubrir la incidencia de síndrome de cuidador cansado en los cuidadores de pacientes que acuden a la consulta externa del servicio de Geriátrica del Hospital Quito N.1 de la Policía.

HIPOTESIS:

1. La incidencia del síndrome del cuidador cansado es mayor en cuidadores que superan los 65 años de edad.
2. Existe una relación directa entre quienes presentan síndrome de cuidador cansado y la aparición de ansiedad y depresión en estos.
3. La presencia del síndrome de cuidador cansado es directamente proporcional al grado de dependencia del paciente adulto mayor.
4. El grado de depresión del paciente adulto mayor influye en el estado de ánimo del cuidador haciéndolo más propenso a presentar síndrome del cuidador cansado.
5. El tener una red de apoyo de buena calidad reduce el riesgo de presentar sobrecarga del cuidador.
6. La prevalencia del Síndrome de cuidador cansado es mucho mayor a la que se piensa por lo que se encuentra subdiagnosticada.

CAPITULO II

MARCO TEORICO

1. GENERALIDES

1.1 DEMOGRAFIA

1.1.1. DEMOGRAFÍA MUNDIAL

Es de conocimiento general que la población a nivel mundial ha ido incrementando aceleradamente, y a consecuencia se han generado preguntas en base a las posibles causas de dicho aumento. Así mismo la esperanza de vida y la notable disminución en la tasa de fecundidad ha logrado que las personas mayores de 60 años aumenten considerablemente más que cualquier otro grupo etario, siendo esto el reflejo de la notable mejoría en el ámbito de salud a nivel mundial.

Según los datos reportados por la OMS (Organización Mundial de la Salud) la población mayor a 60 años en todo el mundo se ha duplicado desde el año 1980, y se calcula que para el año 2050 alcanzará los 2000 millones. En España, a principios de siglo, tres de cada diez nacidos vivos alcanzaban la vejez, mientras que en la actualidad se estima que nueve de cada 10 alcanzan una sobrevivencia mayor a los 60 años, y por primera vez en la historia, el número de personas mayores a 65 años sobrepasa el número de niños de 0 a 14 años. Además para el año 2010 este grupo etario representaba el 16,9% de la población española total, con una tasa de crecimiento superior al 3%, la cual no podrá ser compensada ni por los nacimientos anuales ni por la migración. (3)

Las Naciones Unidas en el 2013 publico que en el año 2015 a nivel mundial la población que sobreviva hasta los 60 años tendrá una esperanza de vida de 20 años adicionales, este indicador va a variar en los países desarrollados llegando a un promedio de 23 años adicionales y en los menos desarrollados tendrán entre 17 y 19 años adicionales. Por lo tanto en los próximos 40 años se estima que la expectativa de vida aumente en 2 años.

1.1.2. DEMOGRAFÍA LATINOAMERICANA

Si bien es cierto el envejecimiento de las poblaciones ha ido incrementando de forma equilibrada a nivel mundial, sin embargo existe una marcada diferencia en dicho proceso y en sus repercusiones en América Latina y el Caribe. Esto se debe a un rápido crecimiento en condiciones socioeconómicas bajas puesto que en su gran mayoría se da en países en vías de desarrollo los cuales no pueden manejar con facilidad la problemática que estos cambios generan, evidenciándose así la heterogeneidad e inequidad socioeconómicas y de género que enfrenta el envejecimiento en estos países.

La población de adultos que superan los 60 años de vida en Latino América y el Caribe también ha incrementado considerablemente, pues según los datos reportados por las Naciones Unidas, esta se ha visto incrementada siendo de 9'260.300 en el año 1950 a 41'240.200 en el 2000 y estiman que para el 2050 llegue a una cifra de 181'218.300, de los cuales un 18% superaran los 80 años.

Durante los años 1990 al año 2000, la vida media al nacimiento para la población Mexicana era de 70.4 años aumentándose para el 2007 a 73.2. En la

primera década del siglo XXI, la esperanza de vida total alcanzó 74.1, lo cual refleja un aumento de casi cuatro años más de vida para la población. En la actualidad, la tasa de crecimiento anual de la población mexicana mayor de 60 años es de 3.4%, superando a otros grupos etarios como el de 0 a 14 años o el de 15 a 59 años de edad. (4)

Estos datos nos demuestran no solo cambios en la estructura demográfica, sino también una problemática adicional, pues son países con recursos limitados para ejercer acciones rápidas e integradas, que permitan un adecuado afrontamiento de dicho proceso.

1.1.3. DEMOGRAFÍA LOCAL

En Ecuador, en el censo realizado en el 2010 por el INEC (Instituto Nacional de Estadística y Censos) la población total ecuatoriana proyectada para el 2014 es de aproximadamente 16'084.057, de los cuales en el año 2012 1'341.664 serían adultos mayores de 60 años representando entre el 8-9% de la población total del país, y dentro de este grupo etario el 11% viven solos, mientras que el 89% restante vive con algún acompañante donde destacan hijos, conyugues y nietos. Para el año 2025 tendrá una población mayor de 60 años de 2'235.000 y para el 2050 se duplicara a aproximadamente 4'643.000. Además se evidencio que la expectativa de vida promedio de la población ecuatoriana es de 75 años, la cual se estima subirá a 80,5 años para el 2050, lo que implicaría un aumento de pacientes adultos mayores con enfermedades crónicas que requieran de un cuidador y como consecuencia un aumento de las enfermedades relacionadas con ellos. Sin embargo a pesar de que el

envejecimiento de la población ecuatoriana no será tan drástico como el de otros países, se estima que esta serie de cambios en la estructura poblacional, en la relación entre generaciones y en el patrón global de las enfermedades traen consigo una serie de retos no solo en la vida de los adultos mayores sino también en sus familias, su economía y las finanzas públicas.

2. DEFINICIONES

2.1. ENVEJECIMIENTO

Según la definición dada por la OMS, el envejecimiento es un “proceso fisiológico que ocasiona cambios positivos, negativos o neutros característicos de la especie durante todo el ciclo de vida”. Las personas de edad realizan importantes contribuciones a la sociedad, ya sea dentro de su familia, en labores de voluntariado o en sus comunidades, además la experiencia lograda a lo largo de sus años vividos, los convierte en un pilar fundamental dentro de la sociedad. Es por esta razón que el enfoque a mejorar la calidad de vida de sus últimos años es un requisito básico para su mejor desenvolvimiento dentro de la sociedad.

No siendo una clasificación establecida, podemos encasillar al envejecimiento en dos categorías; envejecimiento primario y envejecimiento secundario, siendo el primero el que está dado por cambios predispuestos genéticamente en cada individuo, y por la forma en que este usa su cuerpo a través de los años, pudiendo considerarse como cambios fisiológicos propios del organismo. Mientras que el envejecimiento

secundario se encuentra más vinculado a las consecuencias de enfermedades de base de cada individuo y se le puede considerar como un envejecimiento patológico. Es en este grupo donde el sistema de salud puede trabajar implementando practicas preventivas para mejorar la calidad de vida de los adultos mayores y es de aquí donde surge el término de “Envejecimiento Activo”.

2.1.1. ENVEJECIMIENTO ACTIVO

A que consideramos envejecimiento saludable? Según la OMS El envejecimiento activo “permite a las personas realizar su potencial de bienestar físico, social y mental a lo largo de todo su ciclo vital y participar en la sociedad de acuerdo con sus necesidades, deseos y capacidades, mientras que les proporciona protección, seguridad y cuidados”. Sin embargo no existe una definición consolidada y estricta sobre lo que significa envejecimiento activo, y así como en muchas otras ocasiones es necesario presentar definiciones alternas que han ido surgiendo a lo largo de los años para generar un concepto más amplio y global.

- Capacidad de las personas, a medida que envejecen, para llevar una vida productiva en la sociedad y en la economía. Esto significa que la gente pueda escoger de modo flexible la forma en que pasa el tiempo a lo largo de la vida: aprendiendo, trabajando, tomando parte en actividades de ocio y cuidando a otros. (5)
- La política de envejecimiento activo, tiene como objetivo animar a los trabajadores mayores a permanecer en el mercado laboral un tiempo sustancialmente mayor. (6)

- Proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen. (7)
- En la práctica significa adoptar estilos de vida saludables, trabajar más tiempo, jubilarse más tarde y mantenerse activo tras la jubilación. Promover el envejecimiento activo significa aumentar las oportunidades para una vida mejor, sin disminuir los derechos. La provisión de unos ingresos y de unos cuidados adecuados son parte de la agenda de asuntos del envejecimiento activo. (8)
- El envejecimiento activo es un proceso, que se desarrolla a lo largo de toda la vida, integrado por políticas, actitudes y actividades, que hacen que dicho envejecimiento sea saludable para las personas que lo viven y rentable para la sociedad en que viven, para lo cual recibe de la sociedad conforme a sus necesidades y da, a la sociedad, según sus capacidades. (9)

2.1.2. FEMINIZACIÓN DEL ENVEJECIMIENTO

La esperanza de vida siempre ha sido mayor en la población femenina que en la masculina, esto se puede atribuir a los diferentes estilos de vida, al rol social y laboral que han expuesto a los varones a mayores riesgos. La acumulación de estas elecciones ha generado un impacto en la salud y en el bienestar de los adultos mayores en la actualidad. Los datos estadísticos indican que en América Latina por cada 100 hombres existen 121 mujeres mayores de 60 años, lo que en porcentajes

equivale a 45.1% y 54.9% respectivamente. (10) Entre los años 2005 – 2010, los datos reportados en Uruguay de supervivencia femenina sobre la masculina fueron de 5,4 años, siendo la mayor en América Latina, mientras que en Haití, se registraron los datos más bajos con 1,4 años sobre la cifra masculina. Todos estos datos nos confirman que sin duda alguna las mujeres viven más tiempo que los hombres, sin que esto signifique que ellas tengan una mejor calidad de vida, ya que mientras los varones viven más años sin ninguna discapacidad, en el caso de las mujeres el tiempo de discapacidad es mayor. Además, dado que existe un aumento en la mortalidad masculina, el porcentaje de viudez en las mujeres mayores de 60 años alcanza hasta un 40% lo que conlleva a su vez a niveles altos de soledad y abandono. Debido al rol que las mujeres han tenido dentro de la sociedad y todo lo anteriormente mencionado, se convierten en un grupo más vulnerable para el maltrato intrafamiliar así como también para vivir dentro de un contexto de pobreza que no les permite alcanzar servicios básicos que puedan solventar sus necesidades. (11)

2.1.3. ENVEJECIMIENTO POBLACIONAL

El envejecimiento demográfico o poblacional, es un proceso de cambio en la estructura por edades de una población. Se caracteriza por un aumento relativo de personas mayores a 60 años, así como por una reducción relativa de niños y de jóvenes. La población envejecida está asociada usualmente al grupo de edad de 65 años o más. Sin embargo, en países subdesarrollados, el límite de edad es de 60 años o más. (12) Además, se considera una población envejecida cuando el número de habitantes que superan los 60 años, es mayor al 10% de la población total.

Existen factores fundamentales dentro de lo que significa el envejecimiento poblacional como son la disminución de la mortalidad y la disminución en la tasa de natalidad. Se ha visto que existe una relación directamente proporcional entre la velocidad con la cual ha ido disminuyendo la tasa de natalidad y la rapidez con la que han ido envejeciendo las poblaciones. Entre los años 1950 y 1955 el promedio de hijos por mujer era de 5.0, colocándose en 2.5 en la actualidad, y se estima que seguirá bajando en los próximos años para situarse de 1.8 a 2.2 en el año 2050 según las proyecciones realizadas por las Naciones Unidas. Asimismo la mejoría en el sistema de salud como en el manejo de las enfermedades y su respectivo tratamiento a traído como consecuencia la disminución en la tasa de mortalidad. Sin embargo, a pesar de ser un parámetro importante para la aparición de una población envejecida, no tiene la misma significancia como lo es la disminución en la tasa de natalidad.

Esta fase de aceleración del envejecimiento poblacional a nivel mundial se debe en gran medida a que en los años posteriores a la Segunda Guerra Mundial ocurrió un fenómeno denominado “Baby Boom” donde la tasa de natalidad se incrementó en un 2% anual de la población total estadounidense y en cifras similares en el resto del mundo. Desde el año 2010, los llamados “babyboomers” han empezado a superar los 60 años, lo que ha contribuido al proceso de envejecimiento poblacional.

(3)

a) Transición Demográfica

La transición demográfica es una teoría que analiza la relación entre las tasas de mortalidad y las tasas de natalidad a través del tiempo,

pasando de un periodo donde tanto la natalidad y la mortalidad se encontraban aumentadas a un periodo industrializado donde ambos parámetros han disminuido considerablemente. (13)

b) Transición Epidemiológica

La transición epidemiológica es la teoría que explica los cambios en los patrones de salud y enfermedad al pasar de los años, donde en décadas pasadas se daba prioridad en atención y prevención de enfermedades a jóvenes sobre adultos y mujeres sobre hombres, por lo que en la actualidad se ve una mayor expectativa de vida de la población en general y en especial de la población femenina. (14)

3. DEPENDENCIA, DISCAPACIDAD Y FRAGILIDAD

3.1. CONCEPTOS

3.1.1. Dependencia según la Real Academia Española es la relación de origen o conexión, a la subordinación a un poder mayor o a la situación de un sujeto que no está en condiciones de valerse por sí mismo.

3.1.2. Discapacidad significa la dificultad para realizar no solo actividades básicas de la vida diaria sino también instrumentales. (15)

3.1.3. Fragilidad se define como una reducción multisistémica de la capacidad fisiológica de un individuo. (16)

Como se ha mencionado anteriormente, existen factores determinantes para que una persona sea dependiente. Refiriéndonos específicamente al grupo de adultos mayores, sabemos que por los mismos cambios fisiológicos normales se convierten en un grupo con mayor predisposición a caer en esta condición, sin embargo no todas las personas mayores son dependientes y es por eso que debemos aclarar cuáles pueden ser posibles factores que favorezcan a dicha situación de dependencia.

3.2. FACTORES DETERMINANTES

El deterioro que ocurre en las funciones físicas, cognoscitivas y sensoriales al pasar de los años y que es propio del proceso fisiológico en declive, puede llevar a la falla de las capacidades funcionales en los adultos mayores, lo cual afecta directamente a su habilidad para vivir independientemente dentro de una comunidad.

Existen ciertos parámetros dentro de la evaluación clínica de un adulto mayor que pueden actuar como factores de riesgo para presentar fragilidad y/o dependencia. Dentro de los más importantes destacan; la presencia de múltiples comorbilidades, presentaciones atípicas de ciertas patologías que pueden llevar a la pérdida de funcionalidad, complicaciones secundarias tanto de la enfermedad como del tratamiento y la tendencia a la cronicidad.

3.3. ENFERMEDAD

Se ha mencionado con anterioridad que el proceso de envejecimiento no es sinónimo de enfermedad ni fragilidad ni dependencia, pues existen factores que

pueden predisponer a dichas situaciones siendo externas al proceso fisiológico normal.

Según la OMS enfermedad se define como la “Alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general conocidas, manifestada por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”.

Pero, como los adultos mayores interpretan a la enfermedad? Es frecuente que cuando surgen manifestaciones clínicas que puedan ser consecuencia de una posible patología, las personas mayores y/o las personas cercanas a ellos, minimicen dichos signos pues tienen la errada idea de que puede ser parte del proceso normal del envejecimiento, principalmente aquellas patologías que afectan a los órganos de los sentidos (disminución de la agudeza visual, auditiva, pérdida de piezas dentales, etc...) Esto a su vez trae consecuencias desfavorables no solo para la salud del adulto mayor, sino para quienes cuidan de ellos también. Teniendo en cuenta que la autopercepción de enfermedad difiere de persona a persona, podemos decir que esta es una idea subjetiva de lo que significa “estar enfermo”. En vista de la aparición de dicha problemática, el Instituto Nacional de Estadística de España ha realizado una serie de encuestas periódicas en adultos mayores donde su objetivo principal es dar a conocer como este grupo etario percibe su estado salud. Dentro de los resultados se evidencio que a mayor edad del individuo encuestado, su percepción de salud es negativa, y que en personas de la misma edad, el género femenino tiende a dar más respuestas negativas que el masculino. (17)

Analizando a la enfermedad de una manera más objetiva, debemos tener en cuenta que existen patologías que no presentan sintomatología sino hasta muy avanzada la enfermedad, lo que genera en el adulto mayor afectado, una impresión de “buena salud” cuando al contrario, esta puede estar bastante comprometida.

3.3.1. ENFERMEDADES DEGENERATIVAS

La OMS define como enfermedad crónica degenerativa a aquellas patologías de larga duración cuyo progreso se va dando lentamente y que por lo general son incurables.

Dentro de las enfermedades crónicas que más afectan al adulto mayor se encuentran; las enfermedades cardiovasculares, respiratorias, diabetes y cáncer. Estas constituyen las principales causas de mortalidad en este grupo etario, siendo responsables del 63% de las muertes. En según datos de la OMS en el 2008, 36 millones de personas murieron de una enfermedad crónica, de las cuales la mitad fueron del sexo femenino.

El mismo hecho de padecer dichas enfermedades, genera de por si un riesgo inminente de presentar discapacidad en el adulto mayor, a esto se le puede sumar el hecho de que mientras más patologías concomitantes tenga el individuo, mayor será su riesgo de fragilidad.

3.4. MUERTE

Existen varias definiciones sobre el significado de muerte, sin embargo, tras haber leído varias de ellas, podemos resumirla como el término de la vida a causa de

la imposibilidad orgánica de sostener el proceso homeostático. Se trata del final del organismo vivo que se había creado a partir de un nacimiento.

Dentro de la sociedad, el tema de la muerte sigue siendo un tabú a pesar de ser una situación que se vive a diario. La aceptación del fallecimiento de una persona difiere dependiendo de la edad en la que esta ocurra, siendo más aceptable y menos trágica cuando se trata de una persona que ha superado la sexta década de vida, pues se considera que ha tenido varios años de vivencias y que en definitiva, sería un hecho más “justo” que si sucediera en una persona mucho más joven o en niños, donde por lo general las causas de muerte suelen ser más trágicas e inesperadas.

Elizabeth Kubler-Ross describe 5 etapas de luto por las que atraviesan aquellos quienes han sido diagnosticados de una enfermedad terminal o quienes han sufrido una pérdida catastrófica y estas son; la negación, la ira, el pacto, la depresión y por último la aceptación. Todas estas etapas se ha visto que son mejor aceptadas por los adultos mayores, pues se han ido preparando para este momento durante toda su vida, y cuando se ven próximos a ello, lo esperan como un proceso natural al cual todos estamos destinados a llegar en cierto punto.

En Camagüey-Cuba se realizó un estudio donde se evidencio que en casos de pérdida de un conyugue las personas que han superado los 60 años inician el proceso de luto más doloroso en la vida, pues pierden a quien fue su compañero/a durante varios años y entran en una etapa de soledad emocional irreparable, se inician sentimientos de culpa, preocupación por problemas legales, sociales y/o económicos, se sienten abandonados por Dios y es por eso que la red de apoyo juega un rol

importante para evitar que todo lo anteriormente mencionado, sea el detonante del decaimiento y enfermedad del conyugue vivo. (18)

Existen datos estadísticos que reportan que aproximadamente 3 de cada 4 muertes en las personas mayores de 75 años se deben a enfermedades crónicas y no a procesos infecciosos. (19) Este dato difiere de las estadísticas recolectadas a finales del siglo pasado, donde se demostró que las principales causas de muerte eran de origen infeccioso. (20) Esto se ha logrado gracias a la mejora en vacunas, tratamiento antibiótico y demás áreas en la salud que han permitido que la esperanza de vida se prolongue cada vez más.

4. BIOLOGIA DEL ENVEJECIMIENTO PSICOSOCIAL

Dentro del contexto de envejecer algunos autores explican que apenas un 25% está dado por factores genéticos propios del individuo, lo que les llevo a suponer que el 75% restante es influenciado por factores ambientales, sociales y psico-culturales. (21). Además está demostrado que el funcionamiento cognitivo está en directa relación con el funcionamiento neurobiológico, lo que significa que un declive neurobiológico, afectara de igual forma al funcionamiento cognitivo. A diferencia del desenvolvimiento sociocultural (personalidad, afectividad y relaciones interpersonales) quienes tienen una tendencia de cambio positivo asociado a la edad. (3)

4.1. PLASTICIDAD

Se define como plasticidad a la capacidad que poseen los elementos anatómicos y los tejidos de nutrirse, desarrollarse y modificar sus formas según las circunstancias. Esto trasladado al ámbito psicosocial se define como la capacidad de moldeamiento y adaptación irreversible que tiene un individuo ante un cambio en su entorno.

4.2. NEUROPLASTICIDAD

Es la capacidad a lo largo de la vida de cambio neurobiológico en respuesta a la experiencia o a la estimulación sensorial para regenerarse anatómica y funcionalmente, después de estar sujetas a influencias patológicas, ambientales o del desarrollo, incluyendo traumatismos y enfermedades. Esto le permite una respuesta adaptativa a la demanda funcional. (OMS, 1982)

4.2.1. PLASTICIDAD COGNITIVA

Se entiende como la capacidad de un individuo de beneficiarse de una situación de aprendizaje o en otras palabras, de modificar su funcionamiento cognitivo tras un entrenamiento. (3) Se realizó una comparación de los resultados obtenidos en cuatro estudios con una dinámica de test, entrenamiento, post test acerca de la plasticidad cognitiva en adultos mayores. Aquí se constató que había un aprendizaje de aproximadamente 6 palabras en el grupo de 55 a 64 años de edad, mientras que disminuía a 4 palabras en el grupo de más de 90 años, manteniéndose una

puntuación de ganancia en el aprendizaje en las personas de entre 55 a 75 años, la cual decae notablemente a partir de los 75 años. (22) (23) (24)

4.2.2. PLASTICIDAD COMPORTAMENTAL

En esta clasificación se trata sobre todo de los cambios que suceden dentro del ámbito afectivo, motivacional y de la personalidad de las personas a lo largo de su vida y en especial en la vejez. Estudios realizados revelaron que la vida emocional de los adultos mayores es muy similar a la de los adultos jóvenes, o que estas pueden diferir de manera positiva en lo que respecta al control de emociones. Esto se debe a que las personas jóvenes tienen una perspectiva de vida más ligera, pues consideran que quedan muchos años por vivir donde todavía pueden aprender de experiencias, mientras que los adultos mayores tienen una perspectiva más objetiva pues su tiempo de vida se acorta y buscan su satisfacción emocional invirtiendo más su tiempo en relaciones seguras ya existentes y en disfrutar dichos momentos. (25)

4.3. DEPRESIÓN EN EL ADULTO MAYOR

Para poder entender las repercusiones de la depresión en los adultos mayores debemos primero definir el problema. La Asociación Psiquiátrica Americana, plantea ciertos criterios dentro del DSM-IV y se estipula que para poder diagnosticar, el individuo debe contar con al menos cinco de los siguientes síntomas los cuales han estado presentes durante el período de dos semanas y representan un cambio del funcionamiento previo.

1. Ánimo deprimido casi todo el día, casi cada día, sugerido por reporte subjetivo o por la observación de otros.
2. Marcada disminución del interés o placer en todas o casi todas las actividades, la mayor parte del día, casi cada día (anhedonia, apatía).
3. Significativo aumento o pérdida de peso (más de 5% del peso corporal en un mes), o disminución o incremento en el apetito casi cada día.
4. Insomnio o hipersomnia casi cada día.
5. Agitación psicomotora o enlentecimiento casi cada día (observable por otros, no la sensación subjetiva).
6. Fatiga o pérdida de energía casi cada día.
7. Sentimientos de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada casi cada día.
8. Disminución de la capacidad para concentrarse o pensar, o marcada indecisión, casi cada día.
9. Pensamientos recurrentes de muerte, ideación suicida sin un plan específico, o un intento de suicidio, o un plan específico para cometerlo.

Los síntomas mencionados causan alteraciones clínicamente significativas o entorpecen el funcionamiento social, ocupacional o en otra área importante, no se deben a los efectos fisiológicos directos de una sustancia ni a una condición médica general.

La incidencia de los trastornos depresivos en adultos mayores ha ido aumentando a lo largo de los años, según la OMS, la depresión afecta en el mundo a unos 121 millones de personas, de los cuales menos del 25% tienen acceso a tratamientos efectivos y se advierte que una de cada cinco personas llegará a desarrollar un cuadro depresivo a lo largo de su vida, pudiendo aumentar esta cifra si concomitantemente se presentan otros factores como enfermedades médicas o situaciones de estrés. Además se estima que para el año 2020, los trastornos depresivos puedan convertirse en la segunda causa más común de discapacidad.

Esta no es una afección única del individuo que la padece, pues así como muchas otras enfermedades, su entorno familiar y aspectos económicos también se pueden ver seriamente perjudicados. Es por esto que se han realizado una serie de estudios donde se ha visto la estrecha relación que existe entre la aparición de depresión en el adulto mayor y la presencia de enfermedades crónicas concomitantes, lo que nos lleva a la impetuosa necesidad de una detección temprana para generar acciones preventivas en este grupo etario. (26)

Al hablar de depresión en el adulto mayor es importante tener en cuenta ciertos factores, la disminución de actividad física y psíquica asociado con la muerte de amigos y familiares y declinación socio-económica pueden potenciar o favorecer a la aparición de trastornos depresivos. Además, con frecuencia coexisten múltiples patologías orgánicas que implican a su vez diversos tratamientos por lo que hay que tener mucho cuidado con los potenciales efectos colaterales de los psicofármacos así como con las posibles interacciones derivadas de la polifarmacia frecuente en este grupo etario. Gallagher y Thompson en 1983 consideran a la depresión como un

producto final, que refleja una serie de problemas relacionados con distintas áreas psicológicas, sociales y biológicas. (27) Es importante destacar en este grupo de edad los sentimientos de culpabilidad, inadecuación, preocupación, sentimiento de abandono y quejas hipocondriacas, son bastante frecuentes, lo cual puede favorecer a la aparición de depresión.

5. LIMITANTES DEL ENVEJECIMIENTO

Las ideas que se tienen en cuanto a lo que significa vejez y envejecimiento así también como los prejuicios y la discriminación en función a la edad de las personas es un problema a nivel mundial. Se cree que esa falsa imagen de enfermedad que se le ha atribuido al envejecimiento puede predisponer negativamente a la población afectando su calidad de vida y convirtiéndola en una posible realidad. La discriminación se da a diferentes niveles, a través de conductas desiguales hacia los miembros de un grupo, a través de normas que relegan al individuo a una posición de desventaja y todo esto resulta en la exposición a maltrato, abuso y exclusión social. (3)

5.1. ESTEREOTIPOS

La Real Academia de la Lengua Española define como estereotipo a la percepción exagerada y con pocos detalles, simplificada, que se tiene sobre una persona o grupo de personas que comparten ciertas características, cualidades y habilidades y que buscan justificar o racionalizar una cierta conducta en relación a determinada categoría social. Estos se usan a menudo para hacer referencia a

imágenes negativas que suponen creencias falsas en torno al grupo social al que se refieren y parecen comunes a distintos países y culturas. (28)

Esto es más notorio dentro del grupo de adultos mayores, pues se ha visto que a lo largo de los años, la falsa idea de que envejecimiento es sinónimo de enfermedad predispone a dicho grupo a actuar de forma limitante. En el estudio realizado en el año 1992 por el IMSERSO/UAM se evidenció que más del 60% de la población española, considera que los adultos mayores de 65 años presentan un importante deterioro en su estado de salud, en su memoria, que tienen además algún grado de dependencia, que son menos activos, actúan como niños, que sus defectos se agudizan con la edad, que se desempeñan con menos eficacia y son irritables y seniles. Además un resultado impactante fue que en su mayoría, quienes peor concepto tienen sobre la vejez, son los mismos adultos mayores, pues se miran a sí mismos como dependientes, enfermos, tristes y ociosos (3). Sin embargo, los datos recolectados en el estudio Imsero 2008 evidencia que tan solo un 33% de las personas mayores de 65 años tienen algún tipo de dependencia, el 12.3% tienen mala o muy mala salud, y un 15.6% menciona estar triste. Además a pesar de la falsa conceptualización sobre ociosidad en este grupo etario, se demostró que el 100% de las mujeres y el 99% de los hombres mayores, realizan un trabajo productivo no remunerado, con un promedio de 6.9 horas diarias. (29)

Todos estos estereotipos han ido afectando significativamente a la población de adultos mayores. En el estudio Imsero 2006 demostraron que las imágenes sociales negativas sobre los adultos mayores ejercen un importante impacto dentro del grupo, haciendo que a peores expectativas, peor sea su rendimiento, y al contrario

que si se les da una información positiva, su ejecución es significativamente mejor. (30). Toda la repercusión negativa vista por los estereotipos, afectan no solo al adulto mayor, sino también a sus cuidadores (médicos, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, psicólogos, etc) quienes tienen una imagen más negativa que la población en general, esto se da por dos mecanismos; uno cognitivo, donde existe una generalización del grupo, pues como en su mayoría tratan con pacientes enfermos, tienen la tendencia a generalizar que toda la población geriátrica va a poseer las mismas características. Y el segundo mecanismo dado por la situación de estrés que genera la sobrecarga de trabajo, pues así mismo se encuentra en contacto con altos grados de deterioro físico y mental, influyendo a una percepción negativa sobre dicho grupo.

6. CAMBIOS EN LA ESTRUCTURA FAMILIAR

En términos de estructura familiar, los adultos mayores actuales envejecen de distinta forma que en años pasados, pues la disminución en la brecha intergeneracional ha favorecido a relaciones interfamiliares más afectivas y duraderas, así como también a desempeñar roles más significativos dentro del núcleo familiar.

6.1. TAMAÑO FAMILIAR

El aumento en la esperanza de vida, asociado a una menor fecundidad y al descenso en la tasa de mortalidad ha favorecido al cambio dentro de las estructuras familiares. A principios del siglo XX, los padres e hijos podían vivir juntos entre 20 y 30

años, y abuelos y nietos aproximadamente 10 años, sin embargo en la actualidad esa cifra ha incrementado significativamente, pues los padres e hijos ahora pueden convivir unos 50 años y entre abuelos y nietos más de 20 años. Esto genera un impacto importante en la vejez, pues gracias a los años de convivencia, el vínculo emocional dentro de las familias se ha visto fortalecido lo cual es un factor protector al momento del cuidado del adulto mayor dependiente.

6.2. MATRIMONIO Y VIUDEZ

El estado civil es un determinante importante dentro del estado emocional y económico del adulto mayor, ya que el tipo de relación con su pareja puede predisponer a que en un futuro, este sea un posible cuidador. Se ha visto que quienes permanecen casados hasta edades avanzadas, tienen un menor riesgo de institucionalizarse y poseen una mejor economía, es así que quienes se han divorciado o separado de sus parejas, presentan con más frecuencia dificultades financieras y redes de apoyo más deficientes, en especial si se trata de varones, pues se ha evidenciado que las mujeres tienden a mantener su red de apoyo una vez que se encuentran solas, mientras que los hombres pierden sus vínculos sociales. (31)

La muerte de la pareja produce importantes conflictos emocionales, pues representa la disolución parcial del núcleo familiar. El dolor de la pérdida, sumado al miedo que produce la soledad y la inseguridad que esta origina trae consigo situaciones a las cuales no ha estado acostumbrado el individuo viudo y se verá en la necesidad de crear nuevos planes de vida. Todo este proceso tendrá una repercusión distinta en cada persona, ya que dependerá de algunos factores, entre ellos la etapa

de vida en que el individuo experimente la viudez, el número de años de convivencia con la pareja, el género de quien sufre la pérdida, la cantidad de hijos que estos posean, de los recursos económicos y de la relación que el viudo tenga con el resto de su familia. (32) (33) Es por todo lo anteriormente mencionado que se considera al estatus marital como un factor protector o de riesgo según sea el caso.

6.3. FORMAS DE VIDA Y CONVIVENCIA

Que es la familia? La familia se define como un grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, y que está condicionado por valores socioculturales en los cuales se desarrolla. Existen varias definiciones, sin embargo, la mayoría de autores coinciden en que su base está sustentada principalmente por las relaciones afectivas y la consanguinidad, siendo la primera la más importante. (34)

La convivencia familiar y la solidaridad entre los individuos que conforman dicho núcleo, está directamente relacionada, pues mientras más años vivan juntos, mayor será el grado de solidaridad de unos a otros. En las últimas décadas de vida, la convivencia se puede ver afectada debido a cambios demográficos o familiares, pues no se vive de la misma forma a lo largo del proceso de envejecimiento, ya que el adulto mayor formara parte de distintos tipos de hogares dependiendo a la etapa dentro del ciclo familiar en que se encuentren.

El ciclo familiar más frecuente consiste de una primera etapa que está conformada por padres e hijos, posteriormente la partida de los hijos resultara en un hogar conformado solamente por la pareja, en caso de muerte de alguno de ellos, se

generara un estado de soledad importante, el cual podrá dar paso a una reagrupación en el hogar de alguno de los hijos, convivencia con nuevas parejas, institucionalización o inclusive llegar a la desaparición del hogar.

6.4. LA SOLEDAD

El ser humano por naturaleza es sociable, con la capacidad para relacionarse con el medio que lo rodea, esto le permite desenvolverse como individuo dentro de su sociedad y adquirir habilidades sociales, sin embargo la soledad es una circunstancia de la cual no estamos exentos. Existen 3 temores básicos en cada ser humano, el primero el temor a la muerte, el segundo el temor a la locura y el tercero el temor a la soledad. (35)

La soledad es un sentimiento de desesperanza, de tristeza, de abandono, de pérdida, sin embargo no existe descripción específica de un estado fisiológico en cuanto a dicho sentimiento, pues este varía según el individuo. Se ha visto que las personas solitarias, creen estar más aisladas de lo que deberían estar, con un sentimiento de vacío, sin embargo, las personas que voluntariamente se aíslan, no necesariamente se sienten solas. (35) En varias ocasiones la edad avanzada se ha considerado como sinónimo de soledad, pero en estudios realizados, los resultados han sido inconclusos. Ernst y Cacioppo en 1999 y Rokach en 2002 evidenciaron que si existe una correlación entre la edad y la soledad. (36)

Desde inicios de los años noventa se ha visto una tendencia al aumento de hogares solitarios, esto se atribuye al aumento en la autonomía de los adultos mayores, la cual está influenciada a su vez por mejoras en las condiciones de salud

así como también por la independencia económica. Sin embargo esto puede ser un aspecto contraproducente ya que se ha visto que las personas que viven solas tienen un mayor riesgo de experimentar aislamiento social y privación económica. (3)

La experiencia de soledad va a depender en gran parte de la forma en que el adulto mayor se desenvuelva dentro de su entorno social, así como también de la disponibilidad física que tenga de una persona emocionalmente vinculada a él y de la calidad de red de apoyo que este disponga. (37)

6.5. RED DE APOYO

Se define a un grupo de personas, miembros de la familia, amigos y otros, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia. (38) Ya se ha mencionado con anterioridad la importancia de las relaciones intergeneracionales, pues a mayor tiempo de convivencia, mejores relaciones se obtendrán, lo cual a su vez favorecerá a que los adultos mayores tengan personas quienes se preocupen de su estado de salud y puedan ofrecer cuidados en caso de ser necesario. Un indicador importante sobre la red de apoyo del adulto mayor es el número de contactos que estos tengan, ya sean presenciales o por teléfono. Se ha visto que los hombres tienden a ser más próximos a amistades y compañeros de trabajo, mientras que las mujeres se dedican más al mantenimiento de los lazos familiares. (3)

Se han clasificado a las redes de apoyo en tres tipos: 1) Redes primarias, las cuales están conformadas por la familia, amigos y vecinos, 2) Redes secundarias o también llamadas extra familiares la cual está conformada por personas externas a la

familia, como grupos recreativos, grupos de adultos mayores, organizaciones de la comunidad y organizaciones religiosas, 3) Redes Institucionales o formales, la cuales están integradas por un conjunto de organizaciones del sector público, sistema judicial y legislativo.

Esta área es de suma importancia para el bienestar global del adulto mayor, pues no solamente ayuda a un entorno psicosocial favorable para quienes viven en él, sino que también potencia a posibles cuidadores informales en caso de ser necesario.

7. ECONOMIA Y JUBILACION

La economía de los individuos va fluctuando a lo largo de sus vidas y se encuentra estrechamente relacionada a características como escolaridad, rol en el mundo laboral, productividad, ahorro y consumo. Así mismo la edad influye en la economía dependiendo la etapa en la que estén cursando, si está estudiando, trabajando o jubilado. (67)

Existen cuatro actividades que mantienen activa a la economía; el trabajar, consumir, compartir y ahorrar, es así que el trabajo se verá modificando dependiendo de factores biológicos y culturales, creando ciclos económicos con periodos largos de baja productividad en los extremos de la vida pero que se calcula será compensado durante los años productivos donde se produce más dinero del que se consume. “Los adultos mayores consumen mucho más de lo que producen”. (67)

7.1. DISMINUCIÓN DE LA ACTIVIDAD

En los adultos mayores los problemas de salud, la discapacidad y las enfermedades crónicas van a ir alterando su productividad de tal manera que llegara un punto en que su eficacia y efectividad al momento de realizar sus trabajos se vera altamente limitada, lo cual desembocara en el abandono de sus empleos. Esto genera una serie de repercusiones a nivel bio-psico-social así como también en su situación económica.

7.2. INGRESOS DEL ADULTO MAYOR Y JUBILACIÓN

Según el estudio realizado por Mason y Lee en el 2011 se encontró que a los 55 años de edad los ingresos de un individuo aun superan el grado de consumo del mismo, mientras que cuando llega a los 65 años los ingresos no equivalen ni al 40% de su consumo. Estos ingresos van a provenir de tres fuentes principales: (67)

- Transferencias públicas: Se refiere a las pensiones de jubilación, a la atención de salud pública y los gastos de cuidados prolongados de la seguridad social.
- Transferencias privadas: En este grupo están las ayudas provenientes de hijos, nietos y familiares en general, también denominados “flujos intrahogar”.
- Activos: este es el fondo de reserva que cada adulto mayor ahorró en su etapa productiva; acciones adquiridas, bonos, negocios propios y vivienda propia.

En este mismo estudio se evidenció que en países asiáticos las transferencias familiares se convierten en la fuente principal de ingreso de los adultos mayores mientras que en los países de las Américas son las transferencias públicas las encargadas de cubrir aproximadamente el 30% de los gastos de este grupo etario. Un ejemplo es el de Estados Unidos, donde las transferencias públicas son cada vez más grandes en el sistema sanitario por el envejecimiento de la población así como por los costos de la salud. En países como Estados Unidos, Filipinas, México y Tailandia los pacientes adultos mayores cubren sus gastos principalmente por medio de activos. (67)

Los autores descubrieron también que los recursos económicos son más bajos a mayor edad, esto se debe a que durante su etapa productiva tuvieron un ingreso laboral bajo, lo que no les permitió ahorrar lo suficiente a diferencia de los adultos mayores más jóvenes., esto se observó especialmente en economías que han crecido de forma rápida como es el caso de los países de Asia oriental. (67)

8. EL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR

Proporcionar el cuidado para los adultos mayores puede ser una experiencia muy satisfactoria, pero también puede ser agotadora. La persona que cuida es alguien que por amor o por responsabilidad asume este papel, es quien permite y hace posible que la persona de quien está a cargo continúe viviendo.

El nivel de atención dependerá del grado de dependencia del adulto mayor , lo cual determinará a su vez el tiempo de cuidado. La dependencia es una realidad con gran impacto a nivel social, que involucra a dos actores principales; la persona dependiente y al cuidador de la misma. Aquí surge una nueva problemática dentro del sistema de salud por la falta de atención hacia los cuidados del adulto mayor y quienes imparten los mismos, pues existe un subdiagnostico importante en las patologías que aquejan al cuidador.

8.1. ÉTICA Y HUMANIZACIÓN

El cuidar del adulto mayor no es solo un deber sino también un compromiso social, que todos debemos tener para con quienes han contribuido de manera significativa y mediante experiencias, a forjar el desarrollo de una nación así como también los lazos interfamiliares.

La ética del cuidado surge a partir de los años 60 y se ocupa especialmente de la relación interpersonal que existe entre el cuidador y la persona a su cargo, pues se basa en una ética de derechos, responsabilidades, cuidados y afectos. (3)

8.2. CUIDADOS Y CUIDADORES

El aumento en la esperanza de vida ha traído consigo varias consecuencias, una de las más importantes es el incremento en la demanda de cuidados, cuya intensidad va a depender del grado de fragilidad y vulnerabilidad del adulto mayor a su cargo. Dentro de una familia no todos sus integrantes asumen de la misma manera el cuidado de sus adultos mayores, pues en décadas pasadas el rol de la mujer era

principalmente el cuidado del hogar y de bienestar familiar, lo cual implícitamente atribuía el cargo de cuidadora de quienes necesitasen dicha atención. Sin embargo en las últimas décadas, el rol de la mujer dentro de la sociedad ha tomado más fuerza, permitiéndoles introducirse más en el ámbito laboral y disminuyendo así su disponibilidad dentro del hogar, lo que ha quebrantado el modelo tradicional llevando a una escasez de personas cuidadoras. La familia experimenta el 80% del cuidado de la persona dependiente lo cual resulta de cierta manera favorable, puesto que automáticamente disminuye la carga sobre el sistema de salud. Pero teniendo en cuenta, el aumento de trabajo y de carga emocional que experimenta el cuidador en un futuro, el resultado será un cuidador enfermo, lo cual le impedirá el correcto manejo del adulto mayor a su cargo y generara en resumidas cuentas, un nuevo usuario para sistema de salud.

8.3. CAPACITACION DE LOS CUIDADORES

En el año de 1999, Oddone describe que la familia constituye la red de apoyo más importante de un adulto mayor. (45) En Argentina el 80% de adultos mayores conviven con sus familiares, tan solo el 2% de ellos están institucionalizados a diferencia del 5% en países industrializados. (79) (39) “Si bien las investigaciones nos muestran a las familias actuales como las principales contenedoras de los adultos mayores, el proceso de cambio en que se encuentra la estructura de las mismas nos indica que en un futuro cercano los adultos mayores y sus verticalizadas familias deberán ser contenidos por redes de la sociedad civil”. (45) Es por esto que resulta indispensable la capacitación tanto del personal de salud como de los cuidadores informales de adultos mayores para su correcto manejo, evitar complicaciones de sus

patologías de base y mejorar la calidad de vida de estos, lo que a su vez mejorara la calidad de vida de sus familiares.

8.4. TIPOS DE CUIDADORES

La necesidad de ser cuidados llegara en algún punto de nuestras vidas, y es en este momento donde surgirán 3 interrogantes principales; quien queremos que nos cuide? Donde queremos ser cuidados? Y como queremos que nos cuiden? Existe un grupo de personas a quienes muchas veces no prestamos la debida atención y son todos aquellos quienes se han convertido en cuidadores oficiales de este grupo de adultos mayores, son personas quienes sin tener un conocimiento amplio y completo sobre el tema de atención y cuidado de personas enfermas y dependientes, son los responsables del cuidado y en muchos casos de la mantención de dichos pacientes, por lo tanto, es de suma importancia definir y clasificar a este grupo para así poder entender su rol dentro de la sociedad y los riesgos a los que están expuestos.

- Cuidador: se define a aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales. (40) Es a partir de esta definición que surge la clasificación de los cuidadores directos.
- Cuidador Formal: Son un grupo de personas capacitadas a través de cursos teóricos-prácticos de formación, dictados por equipos multi e interdisciplinarios de docencia para brindar atención preventiva, asistencial y educativa al anciano y a su núcleo familiar. Su campo de acción cubre el

hogar, hospital de día, clubes, centros de jubilados, residencias geriátricas y servicios sanatoriales. El cuidador apoya al personal de enfermería y a equipos gerontológicos de trabajo. (41)

- Cuidador Informal: No disponen de capacitación, no son remunerados por su tarea y tienen un elevado grado de compromiso hacia dicha tarea. Se caracterizan por el afecto y una atención sin límites de horarios. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos. (40) (42)
- Cuidador Principal: Los cuidadores principales o primarios son los que asumen su total responsabilidad en la tarea, son personas de la familia o de su entorno, no vinculadas a un servicio de atención profesionalizada. (43)
- Cuidador Ocasional: Tiene las mismas características del cuidador principal pero a diferencia de este, no tienen la responsabilidad principal del cuidado del adulto mayor. (40) (44)

8.4.1. SELECCIÓN DEL CUIDADOR PRINCIPAL

La selección de la persona ideal para el cuidado del adulto mayor, estará dada por el entorno social y familiar en el que este se encuentre. Se ha visto que quien tiene un mayor compromiso a largo plazo será siempre en primer lugar el conyugue, sin embargo, en el caso de que el adulto mayor que requiere cuidados sea mujer, dicha

responsabilidad recae no solo en el conyugue sino que también intervienen en gran parte sus hijas mujeres.

La segunda línea de cuidados serán los hijos en edad adulta ya sean hombres o mujeres. Investigaciones realizadas han evidenciado que son las mujeres las que se ven más estrechamente vinculadas con el don del cuidado familiar y es por esto que aquí la responsabilidad recae predominantemente sobre las hijas mujeres, las nietas y nueras, las cuales a pesar de su nivel educativo y su rol laboral fuera del hogar aún permanece en ellas arraigada la tarea del cuidado. (39)

8.4.2 CUIDADORES INFORMALES

La seguridad emocional, una mayor comodidad y la mejoría en la intimidad del adulto mayor son algunas de las ventajas de ser cuidado por uno de sus familiares, además se considera un factor protector para presentar enfermedades psicopatológicas. A pesar de lo mencionado el ser cuidado por un familiar también puede ser un problema ya que los familiares en su mayoría no están preparados para los desafíos del cuidado, el grado de desconocimiento y la falta de apoyo pueden traer consigo problemas intrafamiliares y una mayor morbilidad del adulto y de su persona. (39)

Nkongho en 1999 expresa que “el cuidador debe desarrollar habilidades para ofrecer el cuidado” lo que lo llevo a crear un inventario de habilidades de cuidado (CAI por sus siglas en inglés) se basa en 4 teorías básicas 1. El cuidado es multidimensional. 2. El potencial para cuidar está presente en todos los individuos. 3. El cuidado se puede aprender. 4. El cuidado es cuantificable. (80) La autora también

menciona los supuestos de Mayeroff quien dice “cuidar a otro permite un crecimiento en la persona a la que se cuida, con los elementos críticos necesarios en una relación de cuidado, que maneja: el conocimiento, alternar el ritmo, la paciencia, la honestidad, la confianza, la humildad, la esperanza y el valor”. (81)

Las personas van a comportarse de diferente manera de acuerdo a la circunstancia en la que se encuentran y con quien están, es por eso que se debe comprender quien es el adulto mayor, que tipo de relación tiene con el cuidador, las necesidades, fortalezas, debilidades y el sentido de bienestar de quien se cuida, así como las limitaciones y fortalezas personales del cuidador para mejores resultados. Ngozi y Nkongho también mencionan a la paciencia como una de las habilidades fundamentales para el cuidado “la paciencia es dar tiempo y espacio para autoexpresión y exploración; incluye el grado de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el crecimiento de sí mismo y otros”. La paciencia involucra comprender sufrimientos y situaciones que la otra persona está atravesando, respetarlo y respetar sus pensamientos y sentimientos, significa tolerancia frente al cuidado. (80) (39) (82)

Aparte de la preparación emocional también se necesita una capacitación en habilidades físicas para el correcto manejo de adultos mayores, en especial los que presentan dependencia ya que sus necesidades irán desde ayuda para vestirse o comer hasta ayuda para movilizarse y en el aseo personal, lo que requiere dedicación y afecto. Si no se maneja correctamente este ámbito, podría cansar rápidamente al familiar y hacer del cuidado una actividad de fatiga llegando a la morbilidad del cuidador así como traer complicaciones al adulto mayor a su cargo. Lastimosamente

en nuestro medio no contamos con capacitaciones para los cuidadores informales de adultos mayores, los familiares tienen que ir aprendiendo de lo que observan en hospitales y de lo que ellos mismo consideran más adecuado.

8.4.3. CUIDADOS PROFESIONALES

Los cuidados profesionales están dados por las instituciones y entidades de carácter sanitario y de servicios sociales. La calidad de la prestación del cuidado profesional se verá influenciada por el tipo de formación, tanto en conocimientos como en habilidades y valores. Victoria Camps establece también que para lograr un buen cuidado, ya sea por parte de profesionales o por familiares, además de los componentes de conocimiento y habilidades, debe existir una relación de proximidad, calidez, comprensión y acompañamiento con la persona a su cargo, pues son valores esenciales en el contexto del cuidado. (3)

8.5. CUIDADOS EN EL HOGAR

Se ha visto que el deseo de una persona de ser cuidado está estrechamente relacionado con la voluntad de esta de permanecer en el hogar. En Argentina se calcula que el 80% de las personas mayores de 60 años conviven con familiares. (45) Según los datos ofrecidos por el SISAAD, Imsero en el 2011 aproximadamente el 46.43% de la prestación de servicios de cuidados en España, recae sobre los familiares, siendo únicamente un 13.08% la prestación de servicios por parte de personas externas a la familia. Se ha visto además que el perfil del cuidador se ha mantenido prácticamente estable durante la investigación realizada por el Imsero 2004, donde destaca a una mujer de edad media, con estudios primarios, con

dedicación exclusiva a las tareas del hogar (84%). (46) Sin embargo este modelo de cuidador, como ya se mencionó anteriormente, está con una tendencia al cambio, pues durante las últimas décadas, el rol de la mujer ha ido evolucionando, dándonos un mayor cargo dentro de la sociedad, con trabajos fuera del hogar, lo cual ha aminorado el porcentaje de mujeres disponibles para proporcionar cuidados dentro del hogar. Es por esto que en los últimos datos reportados sobre el porcentaje de cuidadores dentro del hogar, los hombres, sin ser todavía mayoría, ahora conforman el 16%, con una tendencia lenta al incremento en los próximos años.

Roguero en el 2009 creó una escala de probabilidades para convertirse en un posible cuidador principal informal, donde una de las variables más significativas fue el sexo; las mujeres conyugues y las hijas tienen más probabilidades de ser cuidadoras que los varones, así como también son más propensas a recibir dentro de sus domicilios a sus padres en caso de ser necesario. (3) En el estudio realizado por la Fundación Pfizer en el año 2001, se encontró que en el caso de mujeres mayores dependientes, las encargadas del cuidado era en un 41% sus hijas, en un 15% su conyugue, en un 13% sus hijos varones y en un 10% otros familiares. En cambio cuando se trataba de hombres mayores con las mismas características, quienes se encargaban del cuidado en un 35% era su conyugue, en un 33% su hija, en un 12% su hijo y en un 7% otros familiares. (47) El hecho de que la familia sea el principal pilar del cuidado del adulto mayor brinda varias ventajas importantes, como son; la seguridad emocional, la disminución en el número de incomodidades y una mayor intimidad, previniendo así problemas psicopatológicos que son bastante frecuentes en pacientes institucionalizados.

Por otro lado, también existen algunas desventajas, por ejemplo la falta de información y entrenamiento sobre ciertas pautas del cuidado que requieren especialización, la falta de un equipo de apoyo, los conflictos familiares que derivan en la sobrecarga del cuidador principal, la inadecuación de las viviendas para cierto tipo de discapacidades y los altos costos generados. (40)

9. SÍNDROME DEL CUIDADOR CANSADO

El cuidar de un adulto mayor no es tarea fácil, pues la preocupación constante y la tensión que esta origina, sumado a la cantidad de tiempo invertido y el esfuerzo físico, repercuten en el desarrollo normal de las actividades laborales del cuidador así como también genera privaciones entre el conyugue e hijos y restringe la vida social del cuidador. Todo lo anteriormente mencionado hace que este grupo de personas que brindan cuidados, encajen perfectamente en lo que definimos como vulnerabilidad, pues son más propensos a padecer trastornos psicosomáticos y esto a su vez está relacionado con la falta de ayuda por otros miembros de la familia o instituciones.

Es de suma importancia poder identificar todos los factores de riesgo que pueden predisponer a la aparición de Síndrome del cuidador cansado, pues si bien es cierto que el cuidar de un ser querido puede conectarnos con emociones como el afecto, ternura y generosidad, cuando los cuidados se alargan por mucho tiempo estos sentimientos pueden transformarse en irritación, enfado y rechazo.

9.4. CONCEPTO

En la década de los 60, Grad y Sainsbury mencionan por primera vez este concepto, describiéndolo como “la carga percibida por los familiares al cuidado de sus semejantes afectados por alguna enfermedad mental en el domicilio”. (48) En el año 1974, Freudenberger describe por primera vez el término “estar quemado” tras estudiar a un grupo de voluntarios de una clínica quienes estaban encargados de cuidar personas en proceso de abandonar las drogas, este evidencia agotamiento mental y ansiedad frente al cuidado. (49) Sin embargo, es Christina Maslach en el año 1977 quien define por primera vez en el Congreso anual de la Asociación Americana de Psicólogos (APA) el Síndrome del Cuidador Cansado y explica este fenómeno como el proceso de deterioro en los cuidados y atención profesional a los usuarios, por el que acababan quemándose tras meses o años de actividad laboral. (50) (51) (52)

El cuidar es una cualidad natural del ser humano, pero además, está determinado por aspectos sociales y educacionales, también es el resultado de los valores personales. A pesar de ser un aspecto intrínseco, el cuidado de otros requiere un aprendizaje que se produce a lo largo de toda la vida y que es la suma de la adquisición de una serie de conocimientos, de la experiencia personal y del entorno en el que cada persona se ha desenvuelto. (53)

El síndrome del cuidador cansado aparece cuando quien está a cargo del cuidado de alguien llega al agotamiento y desgaste físico, emocional y financiero ante las exigencias demasiado intensas de la persona necesitada. Está producido por el

estrés continuo de tipo crónico además de las tareas monótonas y repetitivas, sensación de falta de control sobre el resultado final de esta labor las cuales pueden llegar a agotar las reservas psicofísicas del cuidador. (54)

9.5. EPIDEMIOLOGIA

Son pocos los datos estadísticos que se conocen sobre el Síndrome del Cuidador Cansado en Ecuador, sin embargo podemos tomar las referencias de países vecinos o europeos para determinar la importancia y severidad del impacto en las personas quienes brindan cuidado a quienes lo necesitan. En el estudio publicado por Colombia Medica Dueñas y Col en el 2006, encontraron una incidencia del 81.3% de Síndrome del cuidador cansado de los cuales un 47% se asoció a trastornos de ansiedad/depresión y una mayor proporción de disfunción familiar severa en un 26,5%. (55) Esto se puede deber a que existe un perfil de cuidador informal con variables que lo caracterizan, siendo mujeres en un 94%, 55,4% sobrepasa los 50 años y un 22% son mayores de 60 años. (29)

En España se evidencio que existen aproximadamente 600.000 personas que se dedican al cuidado del adulto mayor que poseen algún grado de dependencia de manera continua, lo que equivale a un 1,8% de la población mayor de 18 años. Además se destaca la feminización del cuidador principal siendo el 84% de estos mujeres y únicamente un 16% hombres. (56) (57)

Según los datos reportados por el Imsero 2004, un 87% de los cuidadores informales presentaron problemas a causa del cuidado de un adulto mayor, y el impacto que este tiene en la vida del cuidador se resume a que afecta en un 80% a las

actividades de ocio, tiempo libre y vida familiar, a un 56% en el estado de salud y un 61% en la vida laboral. (46) Aquí también se evidencio que el perfil del cuidador era prevalentemente mujer en 97% con una edad media de 39 años, el 49% se encontraban casadas, 46,4% con estudios secundarios y que el 70% no recibió ninguna información específica para el cuidado. (46)

En Estados Unidos se calcula que aproximadamente el 29% de la población total se encarga del cuidado de personas adultas mayores enfermas o discapacitadas y 1 de cada 4 hogares está implicado en la atención de personas de más de 50 años. Así mismo el porcentaje de mujeres que se dedican a esta tarea es del 66% con una edad media de 48 años. (58) (59)

9.6. FACTORES DE RIESGO

Es de conocimiento general que la familia es la principal línea de defensa en mejorar el cuidado de los adultos mayores, más aun si son mujeres. Sin embargo, el hecho de que el cuidador viva solo con el enfermo, sin realizar ninguna otra actividad y si además no trabaja fuera o dentro de la casa, predispone 4 veces más al riesgo de desarrollar trastornos emocionales y psicosomáticos a que si vive en casa con más personas y si además tiene alguna otra actividad o responsabilidad que ayude a liberar el estrés derivado del cuidado exclusivo.

Dentro de los principales factores de riesgo para presentar Síndrome del Cuidador Cansado enumeraremos los siguientes:

- **Género:** Ya hemos mencionado en varias ocasiones a lo largo de la redacción lo frecuente que es, que una mujer dentro de la familia asuma el cuidado del adulto mayor enfermo, ya sea la esposa, la hija, nietas e inclusive las nueras. Esto debido al rol que la mujer ha tenido a lo largo de los años dentro de la sociedad y sobretodo dentro de la convivencia familiar. La mujer siempre se ha caracterizado por ser más sensible, más preocupada de mantener los lazos familiares fuertes, por brindar seguridad y protección a todos los que conforman su familia. Sin embargo, a pesar de todo lo que la mujer ha logrado año tras año, el ritmo de vida más agitado, fuera de sus hogares, con menos tiempo para el cuidado y atención de su hogar, se ha demostrado que las mujeres sienten indirectamente la obligación de asumir el papel de cuidadora principal.
- **Edad avanzada:** Como se ha mencionado anteriormente la primera línea de cuidado para un adulto mayor que requiere atención siempre será el conyugue en primera instancia. Esto refleja el por qué gran parte de los cuidadores son de la misma edad del adulto mayor a su cargo, es por esto que se detecta una relación lineal positiva entre la edad del cuidador y la sobrecarga personal.
- **Estado de salud del cuidador:** Correlacionado con el anterior punto, las personas mayores presentan mayor número de dolencias, los cuidadores que a su vez muestran previos problemas de salud física o psíquica (en especial depresión o trastornos de personalidad) tienden a

descompensarse antes frente al estrés producido por las responsabilidades del cuidar.

- **No disponer de familiares en el entorno cercano:** El momento en que el cuidador sabe que puede contar con familiares (hermanos, hijos, primos), en situaciones de crisis o en momentos de dobles tareas, psicológicamente, la presión no resulta tan agobiante, independientemente del número de veces que el cuidador pida y se beneficie de estas ayudas. Esto evitara que el cuidador genere sentimientos de ira, enojo o depresión asociados a la carga de trabajo.
- **No disponer de una persona de confianza:** Muchas veces, el tener por lo menos a un amigo cercano, familiar o vecino, con quien poder hablar y descargar todas esas emociones que quizá estén siendo reprimidas, ya sea vía telefónica o personalmente, evitan el apareamiento del cuidador quemado.
- **El grado de dependencia del adulto mayor a su cargo:** Un punto importante que se ha evidenciado en varios estudios es el hecho que la cantidad de años que una persona este dedicado a cuidar al enfermo no afecta tanto al cuidador como lo hace la velocidad con la cual el enfermo se torna dependiente. Esto debido a que la persona encargada del cuidado no tiene el tiempo suficiente para prepararse psicológicamente y poder adoptar medidas preventivas para evitar que la sobrecarga de trabajo afecte su vida personal.

- **Síntomas de agresividad, agitación y psicosis en adultos mayores:** En varias ocasiones los adultos mayores dependientes presentan patologías altamente limitantes, sin embargo cuando existen actitudes de agresividad tanto verbal como física, la carga que presenta el cuidador suele ser mucho más intensa que cuando son limitaciones físicas o mentales que generan mayor grado de dependencia.
- **Interrupciones nocturnas recurrentes:** Todo cuidador necesita descansar y dormir lo suficiente, y si el reposo nocturno se ve interferido con bastante frecuencia (más de 3 veces por semana) se identifica a uno de los 4 factores más significativos a la hora de predecir un mayor deterioro subjetivo de la calidad general de vida del cuidador primario.
- **Médico de cabecera inaccesible:** El médico resulta ser no solo quien alivia las molestias del adulto mayor enfermo, sino que también cumple una función clave para la tranquilidad de la persona a cargo de su cuidado, pues es una fuente de apoyo importante en momentos de incertidumbre y ansiedad sobre la situación de la persona a su cargo.
- **No disponer de centros del día para el enfermo:** Este punto suele ser bastante polémico en muchas ocasiones, pues se tiene la errónea idea de que el dejar al enfermo en centros que brindan atención sobre cuidados significa “abandono”. Y esta percepción no solo la tiene la familia del enfermo sino que también el mismo paciente. Sin embargo esto puede resultar de lo más beneficioso para el entorno del adulto mayor

dependiente, pues es un factor importante para aliviar la presión a la que se ve sometido el cuidador principal, brindándole tiempo libre para distraerse y ocuparse de propios asuntos.

- **Falta de información sobre la enfermedad:** Los cuidadores que han recibido información relevante sobre la enfermedad que padece la persona a su cargo aparentemente sufren menos, pues saben a lo que se enfrentan y están mejor preparados para reconocer, anticipar y resolver problemas propios de la enfermedad. (60)

9.7. TEORIAS SOBRE EL ESTRÉS DEL CUIDADOR

Así como el concepto de sobrecarga no está completamente definido el concepto de estrés hasta la actualidad sigue siendo muy ambiguo y va a estar sujeto a la individualidad de cada persona y como estas afrontan sus problemas. El estrés ha sido definido de diferentes maneras dependiendo al concepto en el que se lo mencione:

- 1) Selye lo describe como una respuesta no específica del organismo. (61)
- 2) Holmes y Rahe en 1967 lo interpretan como características asociadas a estímulos del ambiente. (62)

3) La interacción que existe en los factores cognitivos que van a mediar entre los estímulos estresantes y las respuestas fisiológicas según la teoría descrita por Lazarus y Folkman en 1984. (63) (60)

9.7.3. TEORÍA DE LAZARUS Y FOLKMAN

Esta se basa en el aspecto cognitivo y los factores psicológicos del individuo y como este responde a diversos estímulos, definiéndolo como “el resultado de una relación entre el sujeto y el ambiente, que es evaluado por éste como amenazante o desbordante de sus recursos y que pone en peligro su bienestar”. (63) (60) De esta manera se inicia una valoración cognitiva y un afrontamiento al problema dándonos como respuesta las reacciones emocionales a corto plazo producidas por el estrés.

La valoración cognitiva puede clasificarse en primaria y secundaria. La **valoración primaria** se encarga de evaluar las repercusiones de una situación sobre el bienestar del individuo y las interpreta como:

- a) Daño o pérdida: por situaciones similares ya experimentadas previamente originando sentimientos negativos como disgusto, tristeza, culpabilidad, decepción o enfado.
- b) Amenaza: por algo que considera podría ser dañino y que lo lleva a experimentar sentimientos como inquietud, preocupación y ansiedad.
- c) Desafío: proponiendo una solución a la situación en la que se encuentra y provocando sentimientos positivos como esperanza, confianza, estimulación, etc.

- d) **Beneficio:** el cual genera sentimientos positivos como alegría, liberación y felicidad sin producir estrés

La **valoración secundaria** se encarga de evaluar los recursos que posee un individuo para afrontar la situación en la que se encuentra y la correcta elección de los mismos para obtener el resultado deseado.

Estos procesos son los encargados de determinar el grado de estrés, la intensidad, y la calidad de la respuesta emocional del individuo en las distintas situaciones que se le presentan. En ocasiones se puede apreciar una **reevaluación** con cambios de la valoración inicial de la situación gracias a nuevas informaciones del entorno o de reacciones previas.

El afrontamiento: nace a partir de las evaluaciones primarias y secundarias y es definido por los autores como “aquellos esfuerzos cognitivos y conductuales constantemente cambiantes que se desarrollan para manejar las demandas específicas externas y/o internas que son evaluadas como que exceden o desbordan los recursos de los individuos”. (64) (60) En otras palabras se estarían hablando de los esfuerzos cognitivos y conductuales para manejar una situación de estrés psicológico, como piensa y que hace, mas no en el sentido de malestar emocional o de adaptación. Se describen dos tipos de afrontamiento:

- 1) **Afrontamiento centrado en el problema** es aquel que se encarga de la manipulación o alteración de una situación. Aparece en situaciones que pueden ser cambiadas o mejoradas por el individuo.

- 2) Afrontamiento focalizado en la emoción es el que se encarga de la regularización de la respuesta emocional hacia un problema. Este predomina en circunstancias en las que el individuo no puede cambiar o mejorar las condiciones nocivas del entorno

9.7.4. MODELO DEL PROCESO DEL ESTRÉS

Desarrollada por Pearlin y colaboradores por primera vez en el año de 1989 pensando en las limitaciones existentes en la determinación de la causa de sobrecarga de los cuidadores. Es utilizado para explicar el sentimiento de carga de los cuidadores informales de pacientes con demencia y desde ahí ha servido para desarrollar otros factores relevantes, multidimensionales y comprehensivos. (65) (60)

Como por ejemplo:

- a) Variables contextuales las cuales influyen sobre la adaptación de los cuidadores al proceso de cuidado, afectando al estrés y bienestar de este. Aquí se encuentran las características sociodemográficas como la edad, el sexo, el estado civil, los ingresos económicos, y la situación laboral, además de las relaciones interfamiliares, el tipo de convivencia, y la red de apoyo.
- b) Estresores primarios objetivos: aquí podemos encontrar el grado de dependencia y deficiencias cognitivas del paciente a su cargo, las demandas, tareas y responsabilidades del cuidado.

- c) Estresores primarios subjetivos: son productos de los estresores objetivos, sentimientos de sobrecarga, como cansancio emocional, preocupación y tensión al igual que el sentirse exhausto, atrapado llegando a perder la interacción con otras personas y su intimidad.
- d) Estresores secundarios: son estresores que no se encuentran relacionados directamente al cuidado si no que son problemas con otros miembros de la familia, problemas laborales, económicos, reducción del tiempo libre y de actividades sociales.
- e) Tensiones intrapsíquicas: aquí encontramos la pérdida de la autoestima y la identidad que sufren los cuidadores al enfocarse solamente en las demandas de los cuidados.
- f) Apoyo Social: se refiere principalmente a los sentimientos de ayuda que percibe el cuidador de otras personas.

9.8. SINTOMATOLOGÍA

El hacerse cargo de una persona con discapacidad física o intelectual es una tarea difícil, la cual puede generar un impacto negativo en la vida personal de quien la cuida. Los problemas de salud, emocionales, familiares, laborales y financieras están entre las principales dificultades que acarrea cuidar a alguien independientemente del grado de dependencia que tengan. De acuerdo con las investigaciones actuales, con el tiempo, los cuidadores principales suelen presentar síntomas de cansancio que

muchas veces pasan desapercibidos por el resto de la familia. Entre los más frecuentes encontramos los siguientes:

- **Desarrollar actitudes y sentimientos negativos hacia el enfermo al que se cuida.** Estos sentimientos son bastante frecuentes en el cuidador que ha llegado a su punto de agotamiento, pues cuando no existen actividades que permitan liberar el estrés que genera el cuidado, se sentirá privado de disfrutar el mundo, y es cuando generara entonces sentimientos de coraje y resentimiento contra el adulto mayor a su cargo, lo cual puede convertirse en actitudes violentas hacia su paciente.
- **Desmotivación.** En ocasiones, lo que antes podía generar gran satisfacción, puede convertirse en algo sin importancia. El deseo de salir a divertirse y compartir con gente que no esté involucrada con su paciente a cargo desaparece. Esto, sumado al cansancio producido por las demandas del paciente, favorecen a que se presente el síndrome de cuidador cansado.
- **Angustia.** El estado emocional puede verse afectado por varias situaciones. En caso de que quien cuide del paciente sea un familiar, la tristeza puede ser causada por el sentimiento de pérdida, de la idea de que quizá en algún futuro cercano o no, su familiar ya no esté presente, esto despierta en ellos sentimientos de impotencia y melancolía. Otra situación que puede favorecer a un cambio en el estado de ánimo, es la pérdida progresiva de su autonomía la cual puede ser un determinante importante del inicio de una patológica psiquiátrica en el cuidador.

- **Trastornos psicosomáticos.** Es muy común también que los cuidadores, que antes gozaban de buena salud, de pronto empiecen a presentar patologías con mayor frecuencia; resfriados, trasgresiones alimentarias con alimentos que antes no causaban molestias etc. Esto se asocia al alto grado de estrés que presentan los cuidadores, el estrés aunque muchas veces no sea diagnosticado como una enfermedad, puede generar varios problemas de salud.
- **Fatiga y agotamiento.** A pesar de que el cuidador disponga del tiempo suficiente para un descanso óptimo, el estrés y la preocupación propia del cuidado, impiden una relajación adecuada la cual se verá expresada en forma de fatiga y agotamiento.
- **Irritabilidad.** Todo lo anteriormente mencionado genera en el cuidador reacciones exageradas ante el mínimo estímulo. Esto puede llevar a conductas agresivas e inesperadas lo cual generara mayor estrés en el ambiente en que se desenvuelve el paciente y el cuidador.
- **Deshumanización.** La irritabilidad asociado al cansancio extremo puede hacer que el cuidador deje de ver a su familiar como ser humano y empiece a tratarlo como un objeto, llegando a irrespetar su pudor, dolor u otros aspectos referentes a su dignidad, derivando en actitudes de violencia y maltrato.
- **Labilidad emocional.** El llanto fácil y los cambios de humor repentinos son bastante frecuentes en el grupo de cuidadores quemados, pues son consecuencia de todo lo anteriormente mencionado además de la

sensación de pérdida de control de sus vidas y las de su paciente adulto mayor a cargo.

- **Alteraciones del peso.** La falta de sueño, los altos niveles de ansiedad y los síntomas depresivos alteran la conducta alimentaria del cuidador, ya sea que esta disminuya o al contrario aumente considerablemente.
- **Problemas de atención y memoria.** La sobrecarga de trabajo tanto de su función como cuidador así como de su vida personal, asociado al grado de estrés, impiden que el cuidador pueda concentrarse en un 100% en las actividades que realiza, dando como resultado problemas de atención y déficit de memoria.
- **Problemas laborales.** Por todo lo anteriormente mencionado, el desempeño de los cuidadores informales en sus trabajos se ve afectado negativamente, disminuyendo su productividad, eficacia y eficiencia.

9.9. RELACIÓN ENTRE EL GRADO DE DEPENDENCIA Y LA PRESENCIA DE SÍNDROME DEL CUIDADOR CANSADO

Algunas personas son capaces de adaptarse de forma efectiva a las aparentemente desbordantes circunstancias que se presentan en el diario vivir, mientras que otras son vencidas por estresores mínimos. Existen ciertas características individuales respecto a la carga y al estrés, dado que los cuidadores no responden de la misma forma a los mismos estresores ni a los mismos niveles de demanda, ni tampoco utilizan los mismos recursos para afrontarlos.

10. EL IMPACTO DEL CUIDADO EN LA ECONOMIA

Ya hemos mencionado todos los desafíos sanitarios y las repercusiones que estas traen consigo, por lo que es importante preparar a los proveedores de atención sanitaria y a las sociedades para que puedan atender las necesidades específicas de las personas de edad. Esto incluye proporcionar formación a los profesionales sanitarios sobre la atención de salud de los adultos mayores; prevenir y tratar las enfermedades crónicas asociadas a la edad; elaborar políticas sobre la atención paliativa de larga duración; así como diseñar servicios y entornos adaptados para este grupo etario.

La mayoría de las personas que actualmente, desde sus diversas especialidades, tienen algo que ver con los adultos mayores (médicos, psicólogos, enfermeros, dueños de geriátricos, etcétera) no tienen los conocimientos gerontológicos necesarios para comprender la problemática del grupo etario al cual asisten debido a la falta de una formación académica adecuada. Esta falta de capacitación generalmente termina por afectar a los principales usuarios del servicio y en algunos casos, con consecuencias fatales.

(78)

Para mejorar el cuidado de adultos mayores se debe aprender una serie de habilidades y medidas eficaces que optimicen el bienestar de los pacientes a lo largo del sistema de salud. Los beneficios de fomentar un programa de capacitación constan en la disminución del riesgo enfermedades así como sus complicaciones, rehabilitar de mejor manera a los pacientes para que estos

puedan valerse por sí mismos en el menor tiempo posible y representen una disminución de costos al sistema, es decir, fomentar el auto cuidado. En la actualidad no existe ningún programa de capacitación a nivel público de cuidados para adultos mayores, por lo que los conocimientos del personal de instituciones son totalmente empíricos y se desarrollaron a través del número de años trabajados con estos pacientes o de personas con experiencia previa.

10.1. EL IMPACTO DEL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN LA ECONOMIA DE UN PAIS

En Estados Unidos se calcula que aproximadamente 25 millones de americanos son cuidadores informales de algún familiar, si traducimos esto al valor monetario que representa estaríamos hablando de 257 billones de dólares en el año 2000 lo que equivale al 20% del presupuesto de salud anual de este país. (76) (77)

Para reducir el impacto del cuidado del adulto mayor en la economía se han descrito varias hipótesis, algunas mencionan que si se trabaja mejor en la prevención se podría lograr que quienes lleguen a edades adultas tengan menor dependencia de las transferencias posponiendo su jubilación, de esta manera tendrán la oportunidad de ser económicamente activos por más tiempo y podrán ahorrar más, lo que les permitirá mayor independencia.

10.2. EL IMPACTO DEL CUIDADO DEL ADULTO MAYOR EN LA ECONOMIA DEL CUIDADOR INFORMAL

Autores como Stone y Short en el año de 1990 empiezan a estudiar las repercusiones laborales del cuidado de adultos mayores ya que consideran que “el cuidado y el trabajo son a menudo necesidades que entran en conflicto para los cuidadores informales”. Los autores describen dos efectos negativos dentro de la toma de decisiones que enfrentan los cuidadores con respecto al ámbito laboral: (68) (60)

- a. Efecto de sustitución: cuando el tiempo empleado en el cuidado del paciente hace que el cuidador no tenga suficiente tiempo para el trabajo y se ve en la obligación de dejarlo o de cortar sus horas significativamente.
- b. Efecto de ingresos: se presenta cuando los gastos relacionados al cuidado son tan grandes que el cuidador se ve obligado a aumentar su productividad laboral y horas de trabajo para cubrir los costos.

Adicionalmente Carmichael y Charles en el año de 1998 aumentan dos efectos más: (69) (60)

- c. El trabajo como una necesidad de respiro: aquí se explica la necesidad de una actividad diferente al cuidado como lo sería el trabajo para distraerse de sus actividades como cuidador y esto a su vez aumenta el trabajo a medio tiempo.
- d. Efecto depresor sobre los salarios: se trata de la dificultad que experimentan los cuidadores para mantener sus empleos ya que la actividad del cuidado los lleva a ausentarse de los mismos y no poseen horarios flexibles que los

permita asistir a entrenamientos o reuniones fuera de la hora normal de trabajo convirtiéndolos en un grupo vulnerable en el ámbito laboral.

La mayoría de estudios mostraron que lo más común entre los cuidadores era la reducción de las horas de trabajo mas no el abandono total de este, viéndose reflejados por medio de permisos sin paga, jornadas laborales reducidas y cambios de horarios para que puedan ser compatibilizados con las horas de cuidado. (68) (70) (71) (60). Por otro lado los efectos en el mercado laboral también tendría que ver con el grado de carga del cuidador, en caso de que este tenga una carga fuerte de responsabilidades se traduce en una reducción importante del número de horas trabajadas y el salario recibido a diferencia de las cargas moderadas donde casi no se ve afección laboral. (72) Para esto Carmichael y Charles pusieron un número mínimo de 20 horas semanales de cuidado con las que se ven repercusiones laborales en los cuidadores, mientras que Holzman Jenkis en 1998 propone bajar el número de horas laborables a 13 para ver repercusiones. (69) (72) (60)

En el estudio realizado por Morris en el 2002 los cuidadores informales reportan efectos negativos sobre promociones laborales, y hasta un 17% se vieron perjudicados en el momento de ser promovidos en sus empleos gracias a las actividades de cuidado. (73) Dentro de los más afectados en el ámbito laboral están las mujeres ya que apenas un 18% de las hijas a cargo del cuidado de sus padres y un 2% de las esposas a cargo del cuidado de sus esposos refieren no haber percibido dificultades en sus empleos a causa de su papel de cuidadoras. (74) Además se debe tener en cuenta el costo del cuidado en sí, así como la adquisición de medicamentos,

instrumentos de ayuda como sillas de ruedas, rampas, consultas médicas, comida, ropa, transporte y adaptaciones de la vivienda. (75) (60)

11. MANEJO Y MEDIDAS PREVENTIVAS

En Estados Unidos se estima que 44 millones de personas son cuidadores no remunerados para algún miembro de su familia. Pero ese no es el mayor problema, la verdadera problemática esta en preguntarse si todo este grupo de personas saben cómo manejar la situación de estrés generado por el cuidado de alguien sumado al de sus problemas personales? O que necesidades tienen una vez asumido este cargo? O que actividades realizan para aliviar la sobrecarga de trabajo?

Es por esto que es de gran importancia la recopilación de información esencial para evitar la aparición del síndrome del cuidador cansado en este grupo de personas. Podemos enumerar las siguientes recomendaciones:

- Descansar lo suficiente, pues en caso de caer enfermo su rol como cuidador será deficiente y su propia salud se verá afectada continuamente.
- Evitar el consumo de sustancias como alcohol, tabaco o drogas para tratar de mejorar su estado de ánimo o distraerse.
- Acudir periódicamente al médico para controles, es de suma importancia que conserve su propia salud en buen estado.

- Evitar el aislamiento, pues la presencia de amistades es de gran ayuda en momentos de quiebre. Son personas en quienes se puede confiar para desahogar sus problemas, e inclusive en quienes se puede apoyar en momentos en que requiera ayuda con el cuidado.
- Procurar realizar las actividades que siempre le han generado placer, si bien no sea en la misma frecuencia, por lo menos que sea una vez al mes. Esto evitara caer en la monotonía del cuidado y refrescara la actitud al momento de reencontrarse con su paciente a cargo.
- Permanecer lo más unido posible a su familia, pues contar con un apoyo físico y emocional en momentos de crisis es de gran ayuda.
- Compartir los problemas es indicativo de aceptación de lo que le sucede es un proceso natural en un cuidador, lo cual le facilitara asimilar y generar una mejor respuesta para afrontar los problemas.
- Conocer los límites del cuidador es indispensable, es importante pedir ayuda cuando el trabajo de cuidador empiece a generar molestias, de esta forma evitara la fatiga del cuidador quemado.
- Buscar asesoría, informarse sobre la enfermedad de su paciente así como las medidas necesarias para el cuidador, evitara la aparición del síndrome del cuidador cansado y facilitara el manejo para con su paciente. (60) (66)

11.1. PREVENCIÓN DE LA DEPENDENCIA

Según la OMS (2001) la mejor manera de evitar la dependencia en adultos mayores es fomentar las ideas de envejecimiento activo y la promoción de salud para la prevención de enfermedades crónicas degenerativas así como la mejoría de cuidados de larga duración. Es natural pensar que este enfoque se debe iniciar desde la infancia, promoviendo estilos de vida más saludables y activos que llevaran a una vejez más sana, pero que pasa con quienes ya llegaron a esa edad adulta?. Es por esto que la valoración geriátrica es fundamental en un adulto mayor pues sirve principalmente como indicador del estado de salud del mismo. Dado que cada persona envejece de diferente manera no se puede asociar enfermedad, discapacidad o dependencia con una edad específica y es por esto que se debe individualizar la valoración para mejorar la calidad del cuidado y las actividades de prevención, dedicar más tiempo a quienes lo necesitan, evitar complicaciones de enfermedades, disminuir la dependencia y mejorar la rehabilitación de pacientes lo que los lleve a vivir una vida independiente el mayor tiempo posible. (83)

11.1.1. PREVENCIÓN PRIMARIA

Son aquellas medidas dirigidas a disminuir la afectación de las actividades de la vida diaria por medio de vacunas, evitar accidentes o factores de riesgo como por ejemplo el tabaquismo, sedentarismo, etcétera. Se enfocan en evitar la aparición de síndromes geriátricos, disminuir la polifarmacia, reducir el número de hospitalizaciones y mejorar la red social de los adultos mayores. Está dirigida a adultos mayores que conservan su funcionalidad e independencia intacta ya sea porque no presentan

enfermedades o porque presentan enfermedades crónicas que aún no tienen complicaciones que afecten su funcionalidad. (83)

11.1.2. PREVENCIÓN SECUNDARIA

Son medidas que se toman en pacientes que ya presentan cierto grado de pérdida funcional o dependencia aguda, puede ser revertida con intervención precoz y programas de rehabilitación que pueden evitar la cronicidad o el empeoramiento de la dependencia y mejorar el pronóstico del paciente. En esta etapa son fundamentales los programas de rehabilitación y las consultas geriátricas. (83)

11.1.3. PREVENCIÓN TERCIARIA

Está dirigida al adulto mayor dependiente con problemas de inmovilidad que necesita rehabilitación, fisioterapia, además de brindar soporte a cuidadores para reducir las consecuencias y evitar la progresión. (83)

11.2. RECURSOS DE SALUD PARA EL ADULTO MAYOR

Las medidas sanitarias enfocadas a mejorar estilos de vida, alimentación saludable, actividad física y factores del medioambiente así como los propios del individuo contribuyen a lo que hoy se conoce como envejecimiento activo. A esto se le suma la necesidad de promover las relaciones sociales entre adultos mayores, el cuidado de la salud mental y las mejoras en la arquitectura de las ciudades para que los adultos mayores puedan beneficiarse de una vejez saludable y en su mayoría independiente, permitiéndoles una mejor relación con sus familiares, evitando comorbilidades y reduciendo gastos al sistema de salud. En la primera conferencia de

prevención y promoción de la salud en la práctica clínica en España acerca de la prevención de la dependencia en personas mayores en el año 2007 se definieron 3 tipos de prevención: (83)

11.2.1. SERVICIOS SOCIALES

Los servicios sociales para los adultos mayores deben estar dirigidos a las necesidades primordiales y con mayor impacto que presente la sociedad en la que se encuentran, para de esta forma permitir que demuestren eficacia y que sean socialmente aceptados.

11.2.2. ACTIVIDAD FÍSICA:

En este punto se debe trabajar desde lo más básico, como es la mejora de las vías públicas con aceras amplias, señalización clara, semáforos que proporcionen el tiempo suficiente para el cruce de calles, espacios amplios y limpios para realizar actividad física de manera segura y al aire libre. Todas estas características deben estar enfocadas en satisfacer las necesidades y deben ser ajustadas a las posibilidades y limitaciones de los adultos mayores.

11.2.3. ALIMENTACIÓN SALUDABLE:

Se trata de la promoción y difusión de alimentos nutritivos e idóneos para una vida saludable. Desarrollando talleres donde se enseñe una preparación adecuada de alimentos saludables así como mercados comunitarios donde se los pueda adquirir de manera fácil y económica.

11.2.4. SALUD MENTAL:

Se encuentra enfocada a la promoción de prácticas comunitarias participativas, orientadas a los problemas más comunes de salud mental de los adultos mayores, como por ejemplo las demencias. Esto es importante pues el saber identificarlas y reconocer sus signos de alarma permite el empleo de un tratamiento precoz.

11.2.5. SALUD SOCIAL:

Son los proyectos que incentivan a mantener el contacto con el mundo exterior, con personas de su misma edad o que poseen las mismas patologías, con quienes se pueden sentir identificados y a la misma vez despejarse de sus propios problemas. De esta manera se afrontan de mejor forma los problemas más frecuentes de este grupo etario como es la soledad.

12. DIGNIDAD HUMANA Y CALIDAD DE VIDA

Hemos hablado a lo largo de esta redacción sobre las mejoras que han permitido prolongar la esperanza de vida de las personas, sin embargo, dicho progreso no asegura que los últimos años de vida sean vividos de una forma digna y decente.

La ética de la calidad de vida hasta la actualidad no tiene un significado concreto, sin embargo, existen autores quienes han definido dicho termino concordando en que su significado es subjetivo, pues depende del individuo el apreciar y enfatizar si su estilo de vida satisface plenamente sus propios deseos y

necesidades. (3) Atender la calidad de vida es una exigencia moral que no se puede negar, pues es derecho de cada ser humano el disponer de servicios que permitan su buena interacción con el medio y que le brinden las comodidades necesarias para un buen vivir.

El concepto de calidad de vida describe que esta va a variar según las actitudes que cada individuo tenga ante ella y de los valores que practiquen. Sin embargo, la calidad del cuidado influye directamente en el tipo y calidad de vida que se le proveerá al adulto mayor necesitado, por lo que se reitera la necesidad de brindar una buena capacitación a todo aquel que esté relacionado con la atención del adulto mayor, para de esta forma asegurar unos años de vida con calidad.

13. INSTRUMENTOS DE VALORACION

13.1. INDICE DE BARTHEL

Debido a todos los problemas de salud que han ido surgiendo a través de los años y el impacto que estos han tenido sobre la población de adultos mayores, se ha creado la necesidad de implementar instrumentos de valoración que permitan detectar el nivel de calidad de vida y de los servicios sanitarios.

El índice de Barthel sirve para medir la capacidad del individuo de realizar actividades básicas de la vida diaria, dándonos un valor cuantitativo del grado de dependencia del sujeto. Esta escala fue propuesta por primera vez en el año 1965 por Mahoney y Barthel y ha dado lugar a múltiples versiones que se han ido modificando

hasta a actualidad, convirtiéndose en el principal instrumento de valoración de discapacidad con un alto grado de fiabilidad y validez de 0,89 y 0.74 – 0.90 respectivamente. (84)

Esta escala consta de 10 preguntas de rápida aplicación, acerca de las actividades de la vida diaria de los individuos evaluados y se encuentra en función a la ayuda que requieren para su realización. La puntuación va de 0 a 100, siendo 0 un paciente completamente dependiente y 100 independencia para la realización de dichas actividades. (Anexo 1)

13.2. ESCALA DE YESAVAGE

La escala de Yesavage o también conocida como escala de depresión geriátrica GDS según sus siglas en ingles fue implementada por primera vez en el año 1983 por Yesavage y Brink, quienes debido a la alta prevalencia de depresión en la población general y la confusión que en el momento existía entre demencia y depresión en pacientes adultos mayores, vieron la necesidad de crear un instrumento de diagnóstico para depresión mayor dirigida específicamente a este grupo etario.

Esta escala constaba de 30 preguntas, las cuales resultaban muy extensas para los pacientes por lo que fue modificada en 1986 por Sheik y Yesavage reduciéndola a 15 preguntas con respuestas de si o no lo que facilito el interrogatorio. En la actualidad se utilizan 2 versiones de esta escala la GDS – 15 y su abreviación la GDS – 5 esta última elaborada por Hoyl, Alessi y Rubenstein en el año de 1999 ya que a pesar de haber sido modificada previamente para facilitar su aplicación a los adultos mayores, se evidencio que estos perdían el interés y atención rápidamente. Ambas

resultaron igual de efectivas y se convirtieron en el principal instrumento de valoración de depresión en adultos mayores con una sensibilidad de 97% y especificidad de 85%. (85) (86) (Anexo 2)

13.3. ESCALA DE OARS

Este es un instrumento de valoración de recursos sociales creada por la Universidad de Duke en el año de 1978 (Older American Resources and Services Procedures) la cual fue adaptada por Grau y Col. en el año de 1996 para su uso en español. Esta proporciona información sobre 5 áreas; estructura familiar y recursos sociales, recursos económicos, salud mental, salud física y capacidades para la realización de actividades de la vida diaria. (87) (88) Las respuestas son evaluadas sobre 6 puntos, que van desde excelentes recursos sociales (1 punto) hasta el deterioro social total (6 puntos). (89) (90) (Anexo 3)

13.4. TEST DE ZARIT

La escala de Zarit se ha convertido en la más utilizada para detectar síndrome del cuidador cansado ya que es fácil de utilizar y comprender, además de estar dirigida específicamente a cuidadores informales de pacientes crónicos. Su versión Tailandesa tiene una fiabilidad de 0.92 (Alfa de Cronbach) convirtiéndola en el principal método diagnóstico para esta patología.

Consta de 22 preguntas con respuestas que van en una escala del 1 al 5 siendo 1 nunca y 5 siempre. Las preguntas son enfocadas en los diferentes aspectos de la vida del cuidador como es su estado de salud, psicosocial, económico, y la

calidad de las relaciones interfamiliares. (91) Una puntuación menor a 47 indica que no existe sobrecarga, entre 47 y 55 el cuidador tiene una sobrecarga leve y más de 55 puntos indica sobrecarga intensa, con una sensibilidad del 93% y especificidad 95.5%. (92) (Anexo 4)

13.5. ESCALA DE GOLDBERG

La escala de Goldberg es un instrumento de cribaje para la detección de ansiedad y depresión, no solo nos orienta al diagnóstico de ambas patologías con una sensibilidad del 83% y especificidad del 82%; sino que nos discrimina entre ellos y nos dimensiona sus respectivas intensidades. (93)

Dicha escala contiene a su vez 2 subescalas con 9 preguntas en cada una de ellas. Las primeras 4 preguntas actúan como precondition para ver si es necesario continuar con el resto de preguntas, es así que en caso de obtenerse 2 o más puntos en la primera, se termina el interrogatorio con las nueve preguntas de ansiedad, mientras que en la segunda subescala continuaremos preguntando sobre depresión, también hasta el noveno ítem, ante tan sólo una respuesta afirmativa. Los puntos de corte se sitúan en 4 o más para el estudio de ansiedad y en dos o más en el de depresión, con puntuaciones tanto más altas cuanto más severo sea el problema. (94) (Anexo 5)

CAPITULO III

METODOLOGIA

1. MUESTRA

1.1 CALCULO DE LA MUESTRA

El cálculo del tamaño de la muestra se realizó en base al número de pacientes atendidos en la consulta externa del servicio de geriatría del HQ1 de la Policía, teniendo como parámetros un porcentaje de error del 5%, un nivel de confianza del 95%.

$$\begin{aligned}n &= Z\alpha^2 \times (p \times q)/e^2 \\n &= 3.84 \times (0.1 \times 0.9)/0.0025 \\n &= 138.24 \\n &= 138\end{aligned}$$

Dónde:

n = el tamaño de la muestra.
N = tamaño de la población (262 pacientes)
(αZ)² = Desviación estándar de la población (valor constante de 3.84)
e = Límite aceptable de error muestra (0.05)

1.2 CRITERIOS DE INCLUSION

Los criterios de inclusión para la recolección de la muestra fueron:

- a. Ser pacientes de la consulta externa del servicio de geriatría del Hospital Quito N.1 de la Policía.
- b. Acudir a la consulta de geriatría acompañado por un cuidador informal.

- c. Ser cuidador informal de pacientes adultos mayores de 65 años.
- d. Disposición a participar en el estudio.
- e. Aptos psicológicamente para la aplicación del instrumento.

1.3 CRITERIOS DE EXCLUSION

Entre los criterios de exclusión para este estudio se encontraron:

- a. Adultos mayores que acudieron a la consulta externa de geriatría sin un cuidador informal.
- b. Pacientes que se negaron a participar en este estudio.

2. TIPO DE ESTUDIO

Este es un estudio de cohorte transversal.

3. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Los datos serán recolectados mediante cinco escalas, de las cuales 2 están dirigidas al cuidador informal (Zarit y Goldberg), y 3 están dirigidas al paciente adulto mayor (Barthel, Yesavage y OARS). Los modelos de las herramientas que se van aplicar en el presente estudio se encuentran en la sección de anexos.(anexo 7, anexo 8)

4. PLAN DE ANÁLISIS DE DATOS

Los datos recolectados durante el estudio serán procesados mediante Microsoft Excel y el programa SPSS, en el cual se realizarán cruces de variables y se graficarán sus respectivas tablas para una mejor comprensión.

Tabla 1. Operacionalización de variables

| VARIABLE | CONCEPTO | DEFINICION OPERACIONAL | | | |
|-----------------------|---|------------------------|--|----------|---------------------------------|
| | | TIPO DE VARIABLE | CATEGORIA | ESCALA | INDICADOR |
| Edad del cuidador | Años cumplidos del encuestado desde el día de su nacimiento hasta la fecha actual | Cuantitativa | Años cumplidos hasta el momento | Numérica | Años cumplidos hasta el momento |
| Sexo del cuidador | Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres | Cualitativa | Femenino Masculino | Nominal | Femenino (0) Masculino (1) |
| Edad del adulto mayor | La edad cronológica actualizada y corroborada con la historia clínica del paciente. | Cuantitativa | Años cumplidos hasta el momento | Numérica | Años cumplidos hasta el momento |
| Sexo del adulto mayor | Características biológicas y fisiológicas que definen a hombres y mujeres | Cualitativa | Femenino Masculino | Nominal | Femenino (0) Masculino (1) |
| Tipo de | La cantidad de responsabilidades | Cualitativa | Personas encargadas del cuidado absoluto | Nominal | Principal (0) |

| | | | | | |
|--|--|-------------|--|---|---|
| cuidador | que tiene un familiar sobre el cuidado del adulto mayor | | del adulto mayor Persona encargada del cuidado ocasional del adulto mayor | | Ocasional (1) |
| Sobrecarga del cuidador | Tipo de estrés o esfuerzo que los cuidadores experimentan como resultado del estado del paciente. | Cualitativa | Puntaje de Zarit superior o igual a 47 puntos Puntaje de Zarit menor a 47 puntos | <u>Zarit</u> <47 puntos: No sobrecarga 47 – 55 puntos: sobrecarga leve > 55 puntos: Sobrecarga intensa. | Sobrecarga (0) No sobrecarga (1) |
| Ansiedad en el cuidador | Psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. | Cualitativa | Puntaje de Goldberg superior o igual a 4 puntos en ansiedad Puntaje de Goldberg inferior a 4 puntos en ansiedad | <u>Goldberg</u> >4 puntos en escala de ansiedad: existe probabilidad | Ansiedad (0) No ansiedad (1) |
| Depresión en el cuidador | Psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. | Cualitativa | Puntaje de Goldberg superior o igual a 2 puntos en depresión Puntaje de Goldberg menor de 2 puntos en depresión | > 2 puntos en escala de depresión: existe probabilidad | Depresión (0) No depresión (1) |
| Grado de dependencia del adulto mayor. | Capacidad del adulto mayor para realizar tareas necesarias en su vida diaria sin ayuda de otros | Cualitativa | Puntaje de Barthel inferior o igual a 59 Puntaje de Barthel superior a 60 puntos | <u>Barthel</u> - 100 puntos (90 para paciente en silla de ruedas): autónomo. - >60 puntos: | Dependiente (0) Independiente (1) |

| | | | | | |
|------------------------------|--|-------------|---|---|--|
| | | | | <p>dependencia leve.</p> <p>- 40-55 puntos: dependencia moderada</p> <p>- 25-35 puntos: dependencia grave.</p> <p>- <20 puntos: Dependencia total.</p> | |
| Depresión en el adulto mayor | Psicosis afectiva en la que el ánimo se muestra marcadamente deprimido por la tristeza e infelicidad, con algún grado de ansiedad. | Cualitativa | <p>Puntaje en escala de Yesavage superior o igual a 2 puntos</p> <p>Puntaje en escala de yesavage menor a 2 puntos</p> | <p><u>Yesavage modificada</u></p> <p>>2 puntos: depresión</p> | <p>Depresión (0)</p> <p>No depresión (1)</p> |
| Red de apoyo | Grupo de personas, miembros de la familia, amigos y otras personas, capaces de aportar una ayuda y un apoyo tan reales como duraderos a un individuo o a una familia | Cualitativa | <p>La red de apoyo se encuentra entre los grupos 4 a 6 de OARS</p> <p>La red de apoyo se encuentra entre los grupos 1 a 3</p> | <p><u>OARS</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Excelentes recursos sociales. 2. Buenos recursos sociales. 3. Recursos sociales ligeramente deteriorados. 4. Recursos sociales moderadamente deteriorados. 5. Recursos | <p>Mala red de apoyo (0)</p> <p>Buena red de apoyo (1)</p> |

| | | | | | |
|---|--|--------------|--|--|---|
| | | | | sociales bastante deteriorados. 6. Recursos sociales totalmente deteriorados. | |
| Comorbili- dades | Enfermedades padecidas por el paciente adulto mayor que pueden repercutir en su cuidado | Cuantitativa | Adultos mayores que presentan 3 o más enfermedades Adultos mayores que presentan entre 0 y 2 enfermedades | Nominal | 3 o más (0) 2 o menos (1) |
| Autopercepci ón de salud del cuidador | Como el cuidador considera ha sido afectada su salud desde que inicio el cuidado del adulto mayor | Cualitativa | Cuidador considera que su salud se ha visto afectada negativamente desde que inicio el cuidado El cuidador no ha sentido cambios en su salud desde que inicio el cuidado | Nominal | Empeorado (0) No ha cambiado (1) |
| Economía del cuidador | El cuidado de un paciente adulto mayor puede en ocasiones afectar la estabilidad de la economía del cuidador | Cualitativa | El cuidador considera que sus ingresos no son suficientes para satisfacer el cuidado del adulto mayor El cuidador no ve a su economía como un problema en el momento de cuidar del adulto mayor | Nominal | No son suficientes (0) Suficientes (1) |
| Estado civil del adulto mayor | Condición de una persona según el registro civil en función de si tiene o no pareja | Cualitativa | Adulto mayor casado o en unión libre que vive con su conyugue Adulto mayor que vive solo o con otros | Nominal | Vive con conyugue (0) No vive con |

| | | | | | |
|--|--------------------------------------|--|------------------------|--|--------------|
| | y su situación legal respecto a esto | | miembros de su familia | | conyugue (1) |
|--|--------------------------------------|--|------------------------|--|--------------|

Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

5. ASPECTOS BIOETICOS

Para su participación en el estudio, se les pedirá tanto a los pacientes adultos mayores como a los cuidadores que acuda a la consulta externa del servicio de geriatría, que firmen un consentimiento informado en el cual se les explicara el objetivo del estudio los instrumentos a utilizarse y se les garantizara la confidencialidad de los datos obtenidos.

5.1 CONSENTIMIENTO INFORMADO

El consentimiento informado es un procedimiento mediante el cual se garantiza que el sujeto ha expresado voluntariamente su intención de participar en la investigación, después de haber comprendido la información que se le ha dado, acerca de los objetivos del estudio, los beneficios, las molestias, los posibles riesgos y las alternativas, sus derechos y responsabilidades. (Anexo 6)

CAPITULO IV

ASPECTOS ADMINISTRATIVOS

1. RECURSOS NECESARIOS

En este proyecto de investigación se contó con la participación del Dr. Patricio Buendía Gómez de la Torre, médico tratante del servicio de geriatría del HQ1, Dra. Patricia Pailacho médico tratante del servicio de geriatría del HQ1, el Dr. José Sola metodológico del estudio, la Srta. Verónica Pérez y Srta. Paola Silva estudiantes de medicina de la Pontificia Universidad Católica del Ecuador.

2. CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Este trabajo de investigación consiste en la recolección de datos mediante escalas durante los meses de octubre 2014 y enero 2015.

1. Se aplican 2 de los 5 test al cuidador informal del paciente adulto mayor (Zarit y Goldberg)
2. Se aplican 3 test al adulto mayor (BaRthel, Yesavage, OARS)
3. Se preguntan comorbilidades del paciente adulto mayor.

CAPITULO V

RESULTADOS

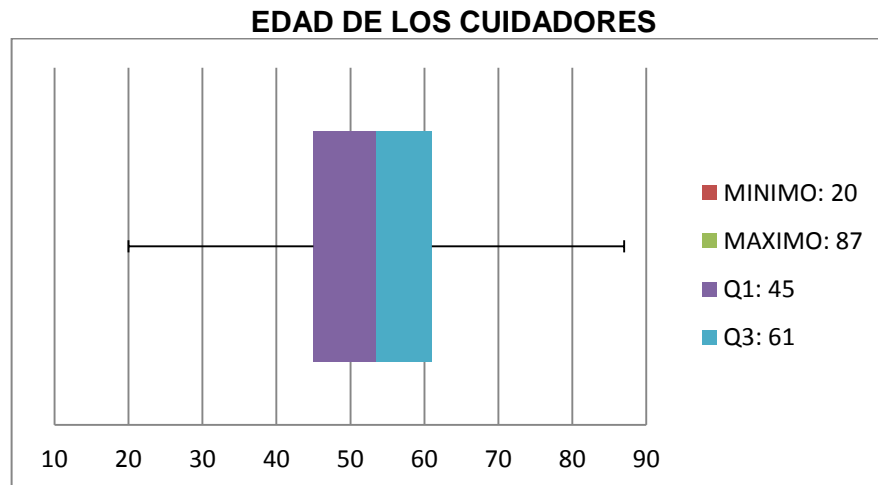
1. ANÁLISIS UNIVARIADO

1.1 CARACTERÍSTICAS DEMOGRÁFICAS

1.1.1 VARIABLES DEL CUIDADOR

Dentro de los 138 cuidadores de adultos mayores encuestados se encontró que la mediana de edad estaba en 53.5 años, ya que en su mayoría son los conyugues e hijos mayores quienes se encargan del cuidado de los pacientes.(Grafico 1.)

GRAFICO 1

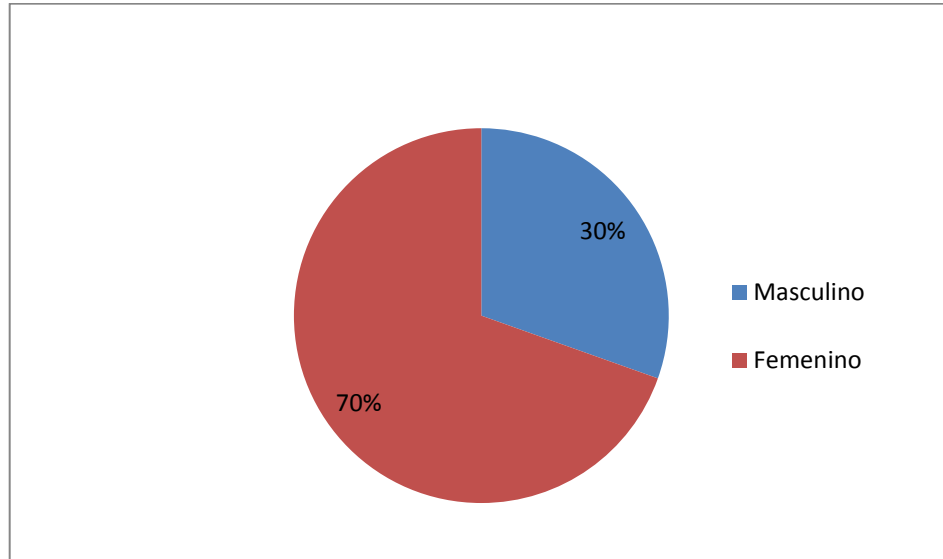


Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Por razones culturales es más común que las mujeres tomen a cargo el cuidado de sus familiares adultos mayores como se puede observar en el siguiente gráfico.

GRAFICO 2

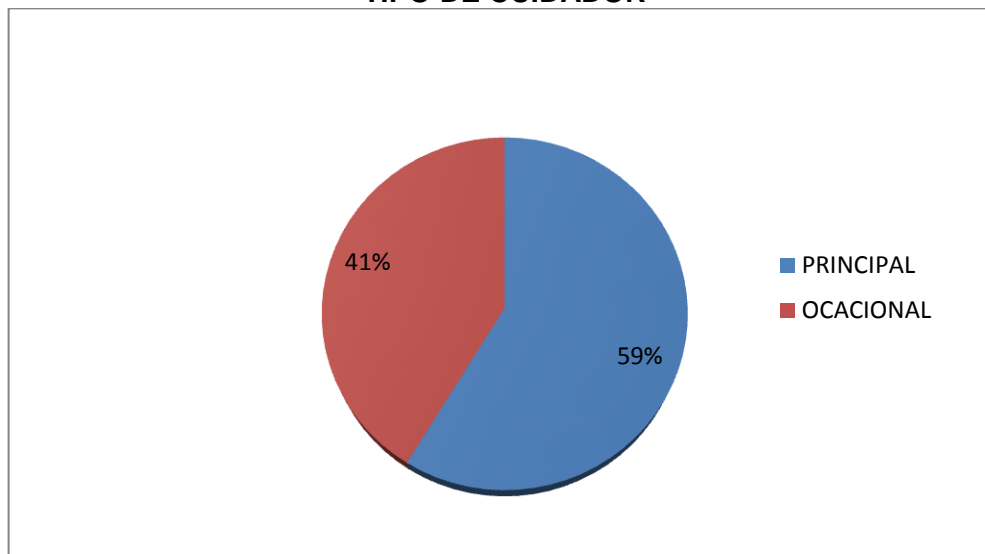
SEXO DEL CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

GRAFICO 3

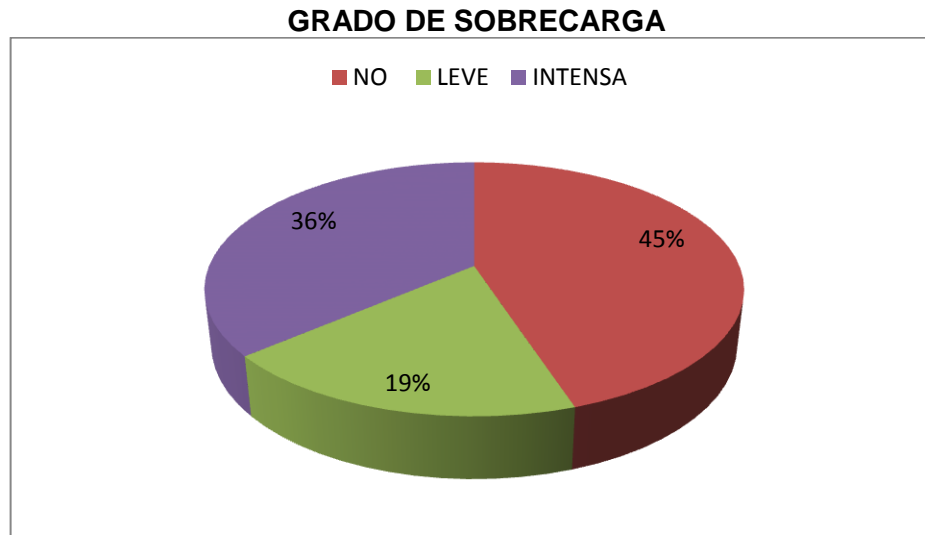
TIPO DE CUIDADOR



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

No existe mayor diferencia entre el número de cuidadores principales y ocasionales que acudieron a la consulta con sus familiares a cargo. (Grafico 3)

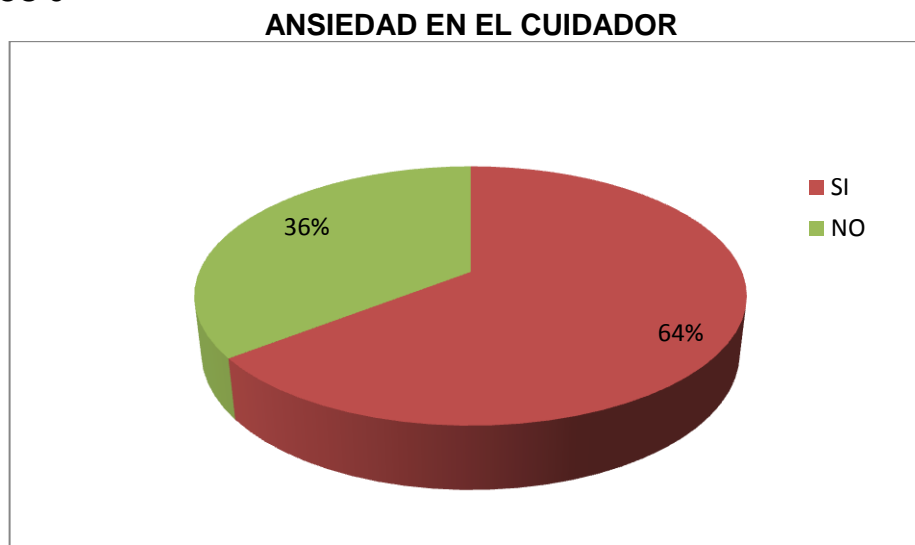
GRAFICO 4



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

El grado de estrés que genera el cuidado de un paciente adulto mayor se refleja como sobrecarga en su cuidador independientemente del grado de dependencia que este tenga. (Grafico 4)

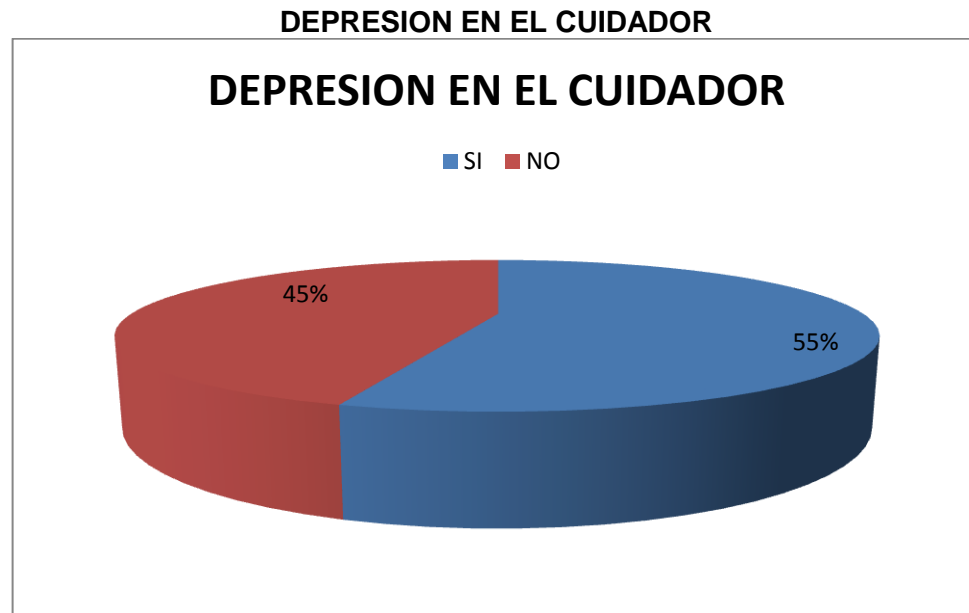
GRAFICO 5



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Posiblemente la falta de conocimientos sobre los cuidados de los adultos mayores posiblemente pone en alto riesgo a sus cuidadores para presentar ansiedad. (Grafico 5)

GRAFICO 6

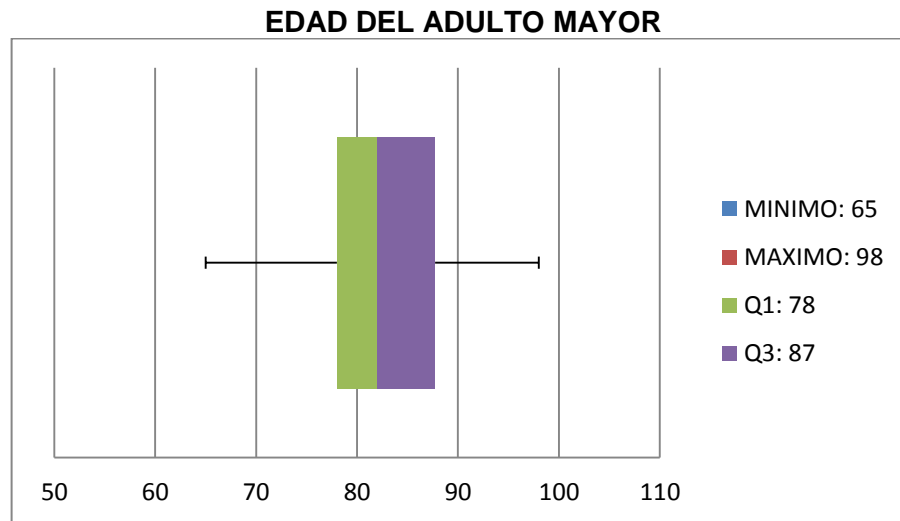


Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

La falta de ayuda para el cuidado de los pacientes adultos mayores así como la disminución de actividades de recreación hace que sus cuidadores informales se sientan impotentes y tengan un alto riesgo de presentar depresión. (Grafico 6)

1.1.2 VARIABLES DEL ADULTO MAYOR

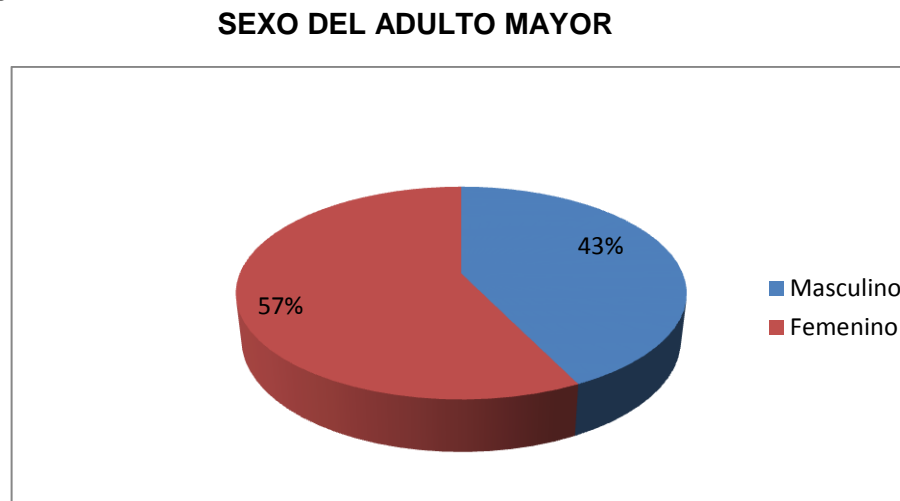
GRAFICO 7



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Gracias a las mejoras en la salud, la expectativa de vida ha incrementado y ahora sobrepasar los 85 años de vida ya no es algo inusual. En la muestra recogida se observó que la media de edad estaba en los 82 años. (Grafico 7)

GRAFICO 8

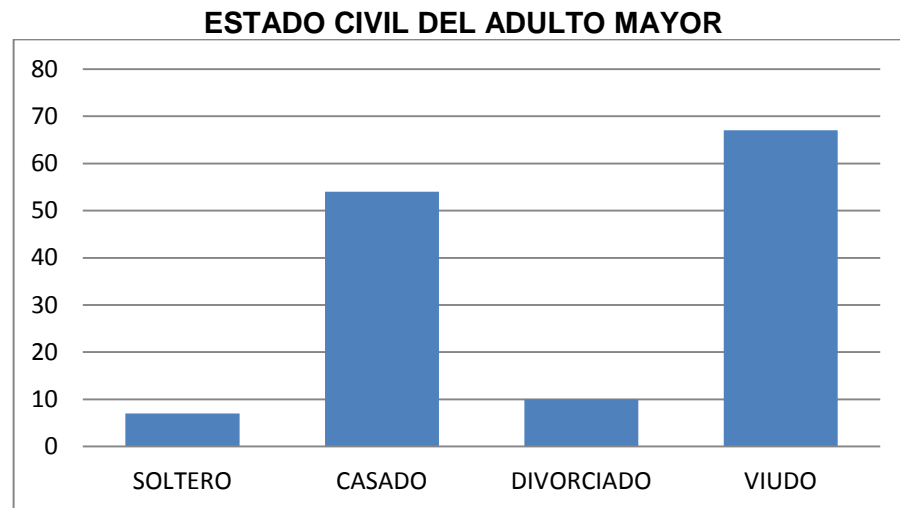


Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Al igual que en el resto del mundo en Ecuador también se hace evidente la feminización del envejecimiento como se puede demostrar en la figura anterior.

(Grafico 8)

GRAFICO 9



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

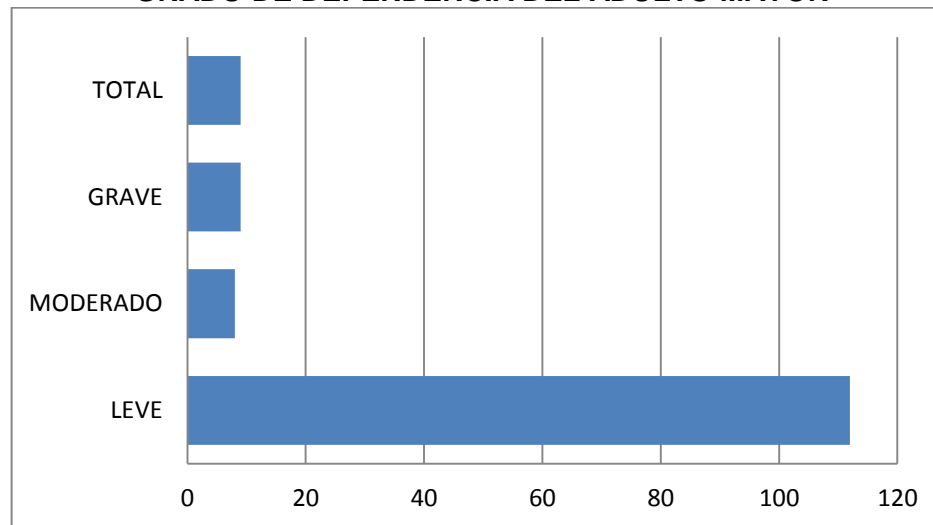
El hecho de no tener conyugue predispone a un mayor deterioro del estado de salud en adultos mayores por lo que podría representar una mayor carga para sus cuidadores informales. (Grafico 9)

La teoría del envejecimiento activo ha llevado a que los adultos mayores en la actualidad sean en su mayoría independientes. De acuerdo con el IMSERSO se calcula que entre el 10% al 15% de personas mayores de 65 años poseen algún grado importante de dependencia en nuestro estudio entre los grados de dependencia moderada, grave y total encontramos a un 19% de los pacientes encuestados. (15)

(Grafico 10)

GRAFICO 10

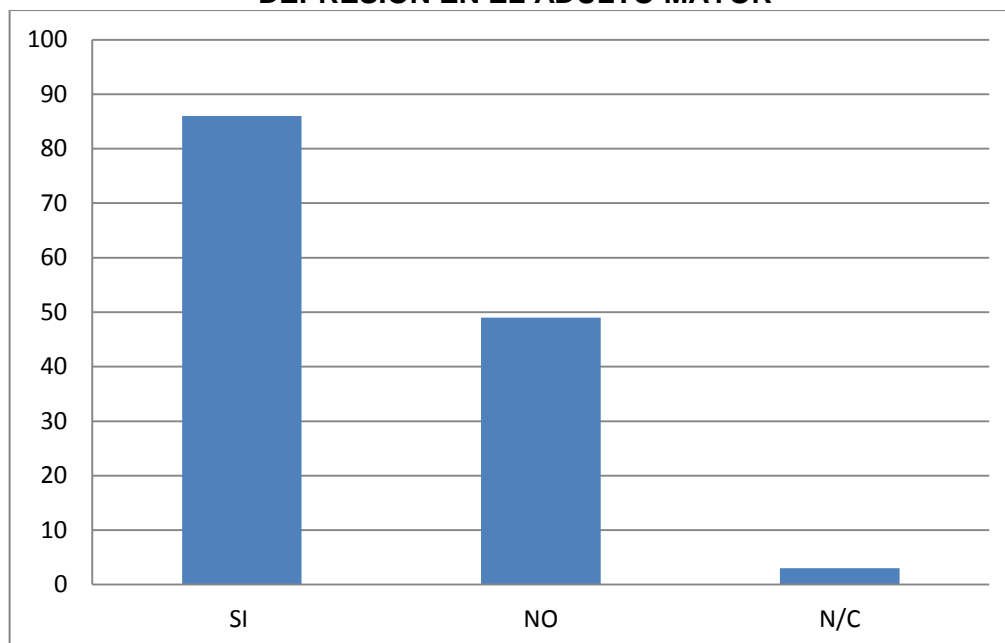
GRADO DE DEPENDENCIA DEL ADULTO MAYOR



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

GRAFICO 11

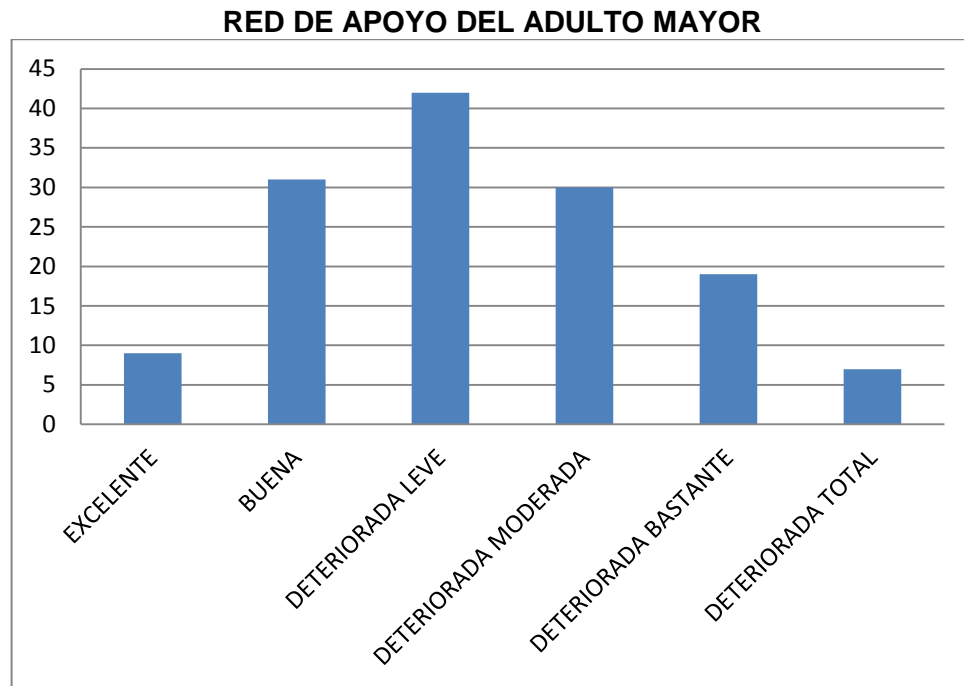
DEPRESION EN EL ADULTO MAYOR



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

La soledad y la falta de una actividad constante podrían provocar que los adultos mayores presenten altos índices de depresión. (Grafico 11)

GRAFICO 12

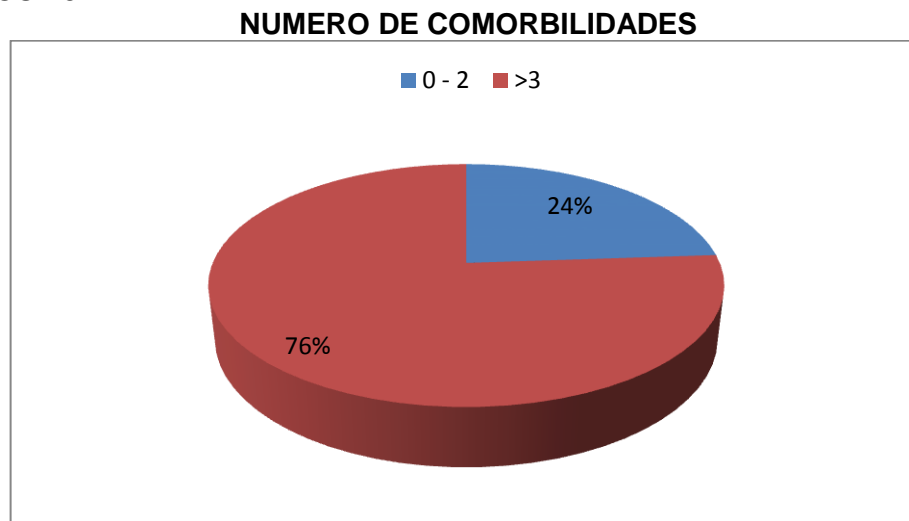


Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

La mayoría de los adultos mayores no poseen una red de apoyo adecuada ya sea porque sus familiares más cercanos viven en ciudades distintas o por falta de tiempo gracias a sus otras actividades como por ejemplo sus trabajos. (Grafico 12)

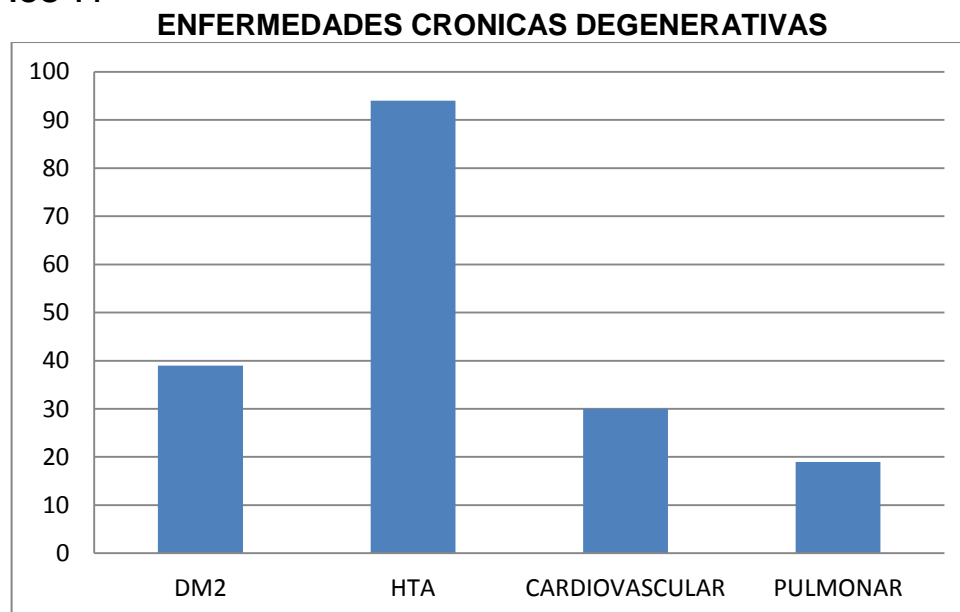
Debido a los cambios en los hábitos de la población, los adultos mayores se encuentra más propensos a presentar enfermedades crónicas, las cuales a mayor edad del paciente mayores las probabilidades de que aumenten. (Grafico 13)

GRAFICO 13



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

GRAFICO 14

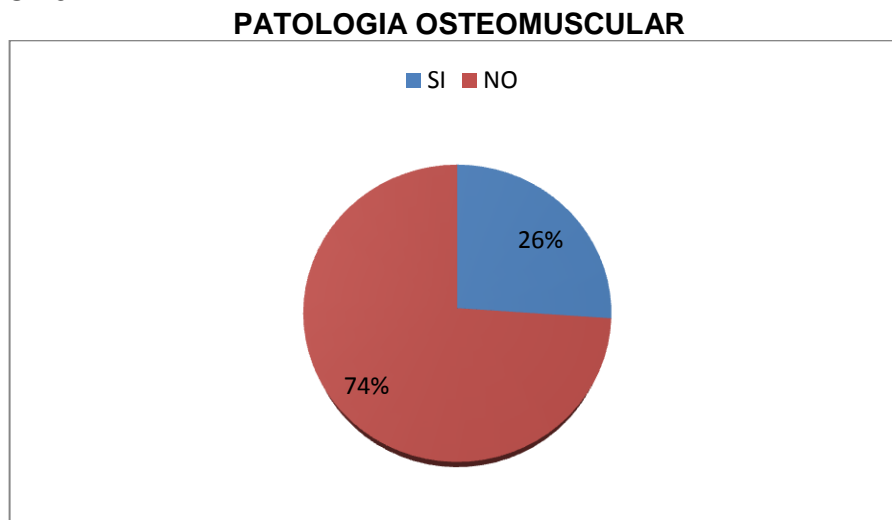


Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

La hipertensión arterial, diabetes mellitus II, enfermedades cardiovasculares y enfermedades pulmonares son las patologías más comunes entre los adultos mayores y cuyas complicaciones podrían llevar a la dependencia. (Grafico 14)

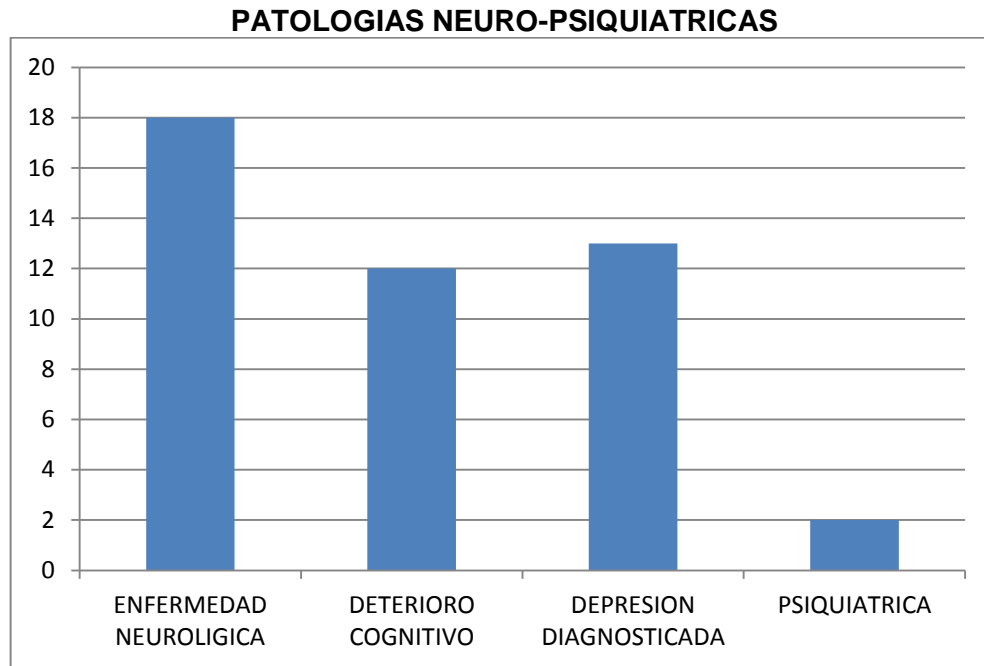
La presencia de síntomas osteomusculares en los adultos mayores al momento de la consulta es de los más comunes, convirtiéndose en el principal motivo para buscar ayuda médica dentro de este grupo poblacional. (Grafico 15)

GRAFICO 15



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

GRAFICO 16



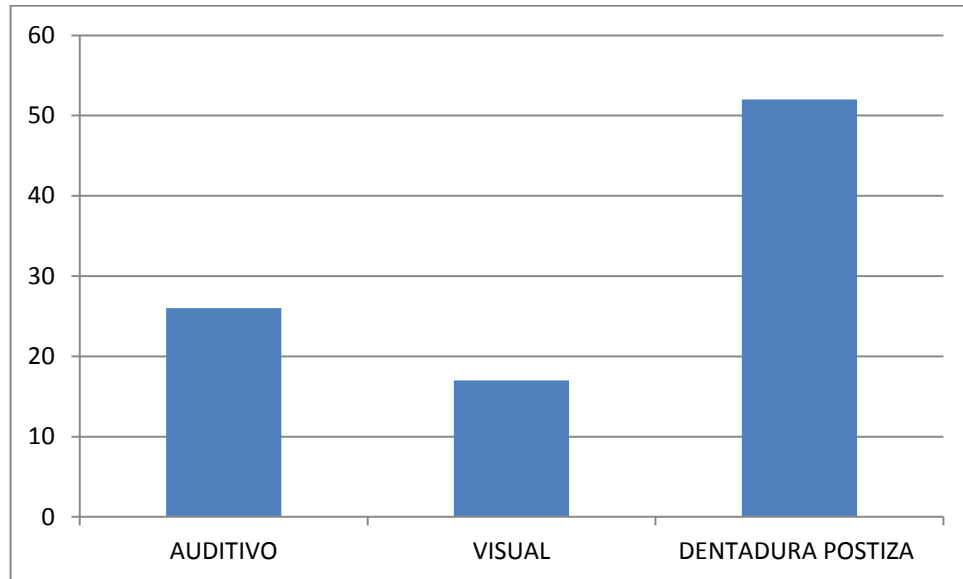
Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Las enfermedades neurológicas, así como las psiquiátricas son de las que causan mayor sobrecarga en el cuidador por sus características aunque en este estudio no fueron muy prevalentes. (Grafico 16)

Aun cuando los trastornos auditivos, visuales y la necesidad de usar dentadura postiza son grandes causas de dependencia en los adultos mayores apenas un pequeño porcentaje de estos los mencionan como patología ya que los consideran normales para su edad. (Grafico 17)

GRAFICO 17

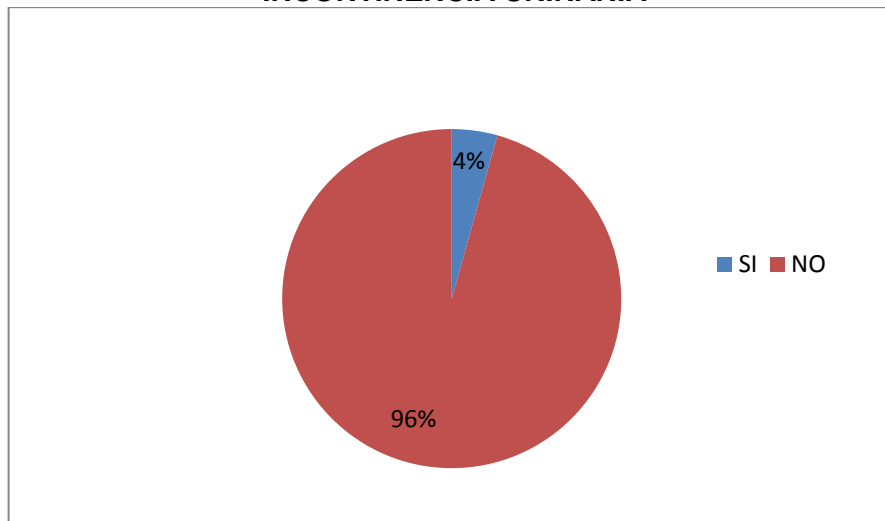
TRASTORNOS DE ORGANOS DE LOS SENTIDOS



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

GRAFICO 18

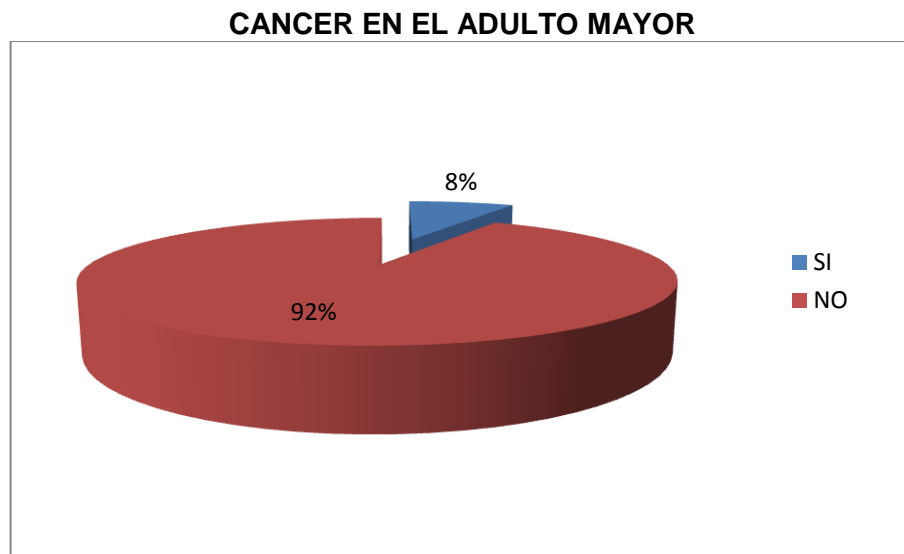
INCONTINENCIA URINARIA



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

La incontinencia urinaria aunque no muy frecuente podría llegar a ser un motivo de dependencia. (Grafico 18)

GRAFICO 19



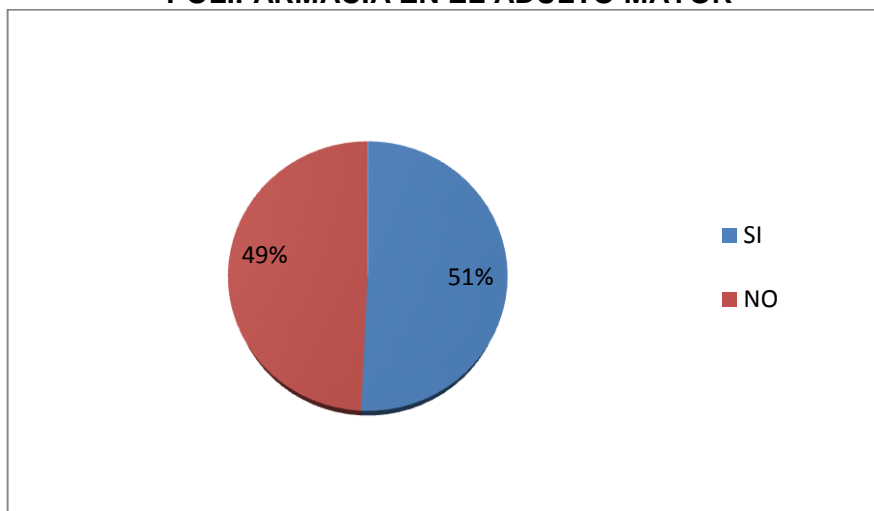
Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Aunque encontradas en poca cantidad en este estudio las patologías oncológicas son de las que más cuidado necesitan y es por esto que tienen mayor probabilidad de causar sobrecarga en el cuidador. (Grafico 19)

Gracias al alto número de comorbilidades presentes en los pacientes adultos mayores la mayoría de estos consumen más de 3 medicamentos diarios que si no son supervisados con cuidado puede producir efectos adversos por interacciones medicamentosas o tomas inadecuadas. (Grafico 20)

GRAFICO 20

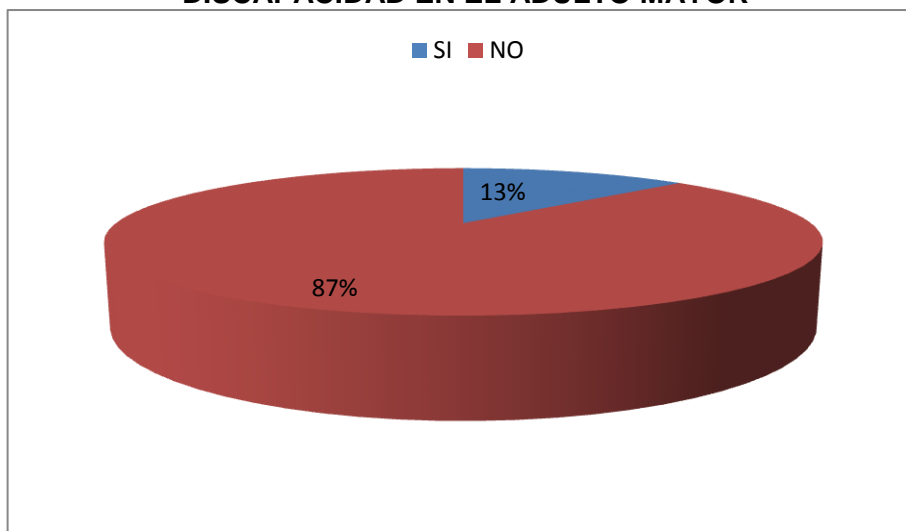
POLIFARMACIA EN EL ADULTO MAYOR



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

GRAFICO 21

DISCAPACIDAD EN EL ADULTO MAYOR

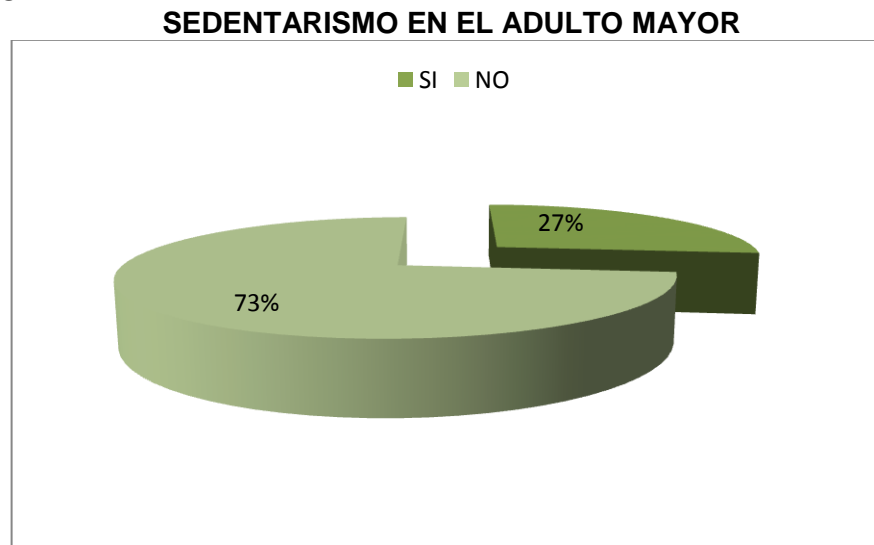


Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Las discapacidades se encuentran dentro de las principales enfermedades que podrían causar fragilidad y dependencia en los adultos mayores y por ende gran causa de sobrecarga en sus cuidadores. (Grafico 21)

El sedentarismo es de los principales factores para un envejecimiento patológico lo cual contribuye para mayor fragilidad y dependencia y de esta manera mayor sobrecarga en sus cuidadores. (Grafico 22)

GRAFICO 22



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

2. ANALISIS BIVARIADO

Dentro de las variables independientes que conforman un mayor riesgo para presentar SCC, obtuvimos una relevancia significativa en la mayoría de ellas, entre las

más destacadas están la ansiedad del cuidador y la mala autopercepción de salud que estos tengan sobre sí mismos así como la falta de recursos económicos.

TABLA 2. ANALISIS DE VARIABLES

| VARIABLE | OR | IC | P |
|---|--------|----------------|-------|
| DEPENDIENTE (SCC) Y VARIABLES INDEPENDIENTES DEL CUIDADOR | | | |
| - TIPO DE CUIDADOR | 4.750 | 2.292 – 9.842 | 0.000 |
| - ANSIEDAD EN EL CUIDADOR | 11.191 | 4.825 – 25.958 | 0.000 |
| - DEPRESION EN EL CUIDADOR | 5.880 | 2.812 – 12.296 | 0.000 |
| - RED DE APOYO | 5.729 | 2.633 – 12.465 | 0.000 |
| - AUTOPERCEPCION DE SALUD DEL CUIDADOR | 15.126 | 5.787 – 39.535 | 0.000 |
| - INGRESOS ECONOMICOS | 6.091 | 2.701 – 13.738 | 0.000 |
| DEPENDIENTE (SCC) Y VARIABLES INDEPENDIENTES DEL ADULTO MAYOR | | | |
| - VIVE SOLO | 0.129 | 0.035 – 0.469 | 0.000 |
| - AM DEPENDIENTE | 3.564 | 1.337 – 9.501 | 0.008 |
| - DEPRESION POR ESCALA DE YESAVAGE | 2.157 | 1.061 – 4.383 | 0.032 |
| - DEPRESION DIAGNOSTICADA | 5.077 | 1.081 – 23.847 | 0.024 |
| - TRASTORNO AUDITIVO | 3.333 | 1.245 – 8.923 | 0.013 |

Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Dentro de las variables independientes del cuidador se evidenció que el ser cuidador principal predispone 4.7 veces más a presentar SCC, así como también la presencia de ansiedad y depresión en el cuidador representan un riesgo aún más elevado con un OR de 11,1 y 5.8 respectivamente. El entorno social también tuvo un resultado significativo, pues que el paciente tenga una red de apoyo de mala calidad predispone 5.7 veces más al cuidador a presentar el síndrome, de igual forma el tener bajos ingresos económicos represento un riesgo con un OR de 6.0. En este estudio pudimos evidenciar que la variable más significativa dentro de lo que al cuidador se refiere fue la autopercepción de salud que estos tienen, **pues quienes percibían un deterioro de salud desde que iniciaron su labor como cuidadores tienen 15 veces más probabilidades de presentar SCC que quienes no percibieron cambio alguno.**

De igual forma dentro de las características del adulto mayor se encontró que si vive solo y es independiente para realizar las actividades de la vida diaria estos se convierten en factores protectores para la fatiga en el cuidador. Mientras que el presentar depresión previamente diagnosticada así como identificada al momento de la encuesta son factores de riesgo representando un OR de 5.0 y 2.1 respectivamente. El trastorno auditivo resulto ser el único problema de salud del adulto mayor que por sí solo trae una alta probabilidad de presentar SCC en sus cuidadores con un OR=3.33.

A pesar de que existieron variables relacionadas con una alta incidencia de cuidadores con sobrecarga, siendo en su mayoría valores superiores al 50%, como la edad y el sexo del cuidador y la edad y el sexo del adulto mayor estas no fueron estadísticamente significativas. El hecho de que el cuidador del paciente

adulto mayor sea su conyugue no demostró ser un factor de riesgo para presentar síndrome del cuidador cansado, así como tampoco el vivir bajo el mismo techo que el paciente a su cargo.

Las enfermedades padecidas por el adulto mayor como son la DM2, HTA, enfermedades cardiovasculares, pulmonares, osteomusculares, neurológicas, psiquiátricas, oncológicas y discapacidades, a diferencia de estudios realizados internacionalmente, por si solas no demostraron relación con la aparición de sobrecarga en el cuidador a pesar de la gran incidencia de SCC en quienes cuidan de ellos (ver tabla 3). Los trastornos visuales, el uso de dentadura postiza, la polifarmacia y los hábitos del adulto mayor no resultaron ser un factor de riesgo para presentar el síndrome en sus cuidadores.

TABLA 3. INCIDENCIA DE SINDROME DEL CUIDADOR CANSADO

| VARIABLE DEPENDIENTE | VARIABLE INDEPENDIENTE | Porcentaje De Cuidadores Que Presentaron Sobrecarga |
|-------------------------------|---|---|
| SINDROME DEL CUIDADOR CANSADO | Cuidadoras femeninas | 55.2% |
| | Cuidadores mayores de 60 años | 62.8% |
| | Pacientes adultos mayores sobre los 85 años | 51% |
| | Conyugue quien cuida | 59.1% |
| | Vivir con el adulto mayor | 60.8% |
| | Adultos mayores con más de 3 enfermedades (comorbilidades) | 58.1% |
| | Enfermedades neurológicas del adulto mayor | 50% |
| | Deterioro cognitivo del adulto mayor | 66.7% |
| | Enfermedades oncológicas del adulto mayor | 45.5% |
| | Adulto mayor que consume más de 3 medicamentos diarios (polifarmacia) | 60% |
| | Discapacidades en el adulto mayor | 61.1% |
| | Diabetes mellitus ii | 59% |

| | | |
|--|---|-------|
| | Hipertensión arterial | 54.3% |
| | Enfermedades cardiovasculares | 56.7% |
| | Enfermedades pulmonares en el adulto mayor | 47.4% |
| | Enfermedades osteomusculares en el adulto mayor | 52.8% |
| | Trastornos visuales en el adulto mayor | 70.6% |
| | Incontinencia urinaria del adulto mayor | 66.7% |

Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

CAPITULO VI

DISCUSION

El síndrome del cuidador cansado es un problema de salud que a lo largo de los años ha sido sub diagnosticado, sin embargo quienes la presentan tienen repercusiones significativas en; salud, entorno familiar, laboral y socioeconómico.

En el año 2012, en Tailandia, Limpawattana y Col, utilizaron una muestra de 150 personas, en la que se evidenció que el 48% de los cuidadores encuestados presentaron algún tipo de sobrecarga, ya sea esta leve, moderada o intensa. (91) Los estudios realizados por Bayes en 1997 y por Chaverri en el 2006 reportaron valores menores en la prevalencia de sobrecarga llegando a ser tan bajos como 40% y 20% respectivamente, dichas diferencias probablemente debidas al instrumento de valoración utilizado y a las características tanto de los cuidadores como de los familiares a su cargo.(101) Comparando dichos datos con los obtenidos en el presente estudio, se puede ver una alta prevalencia de cuidadores de adultos mayores con algún grado de sobrecarga, llegando a un 55% de la muestra total obtenida (19% leve y 36% intensa)

Como ya se ha mencionado con anterioridad a lo largo del estudio, las características del cuidador informal parecen mantener un mismo patrón, así como evidenciaron Allen, Lima, Goldscheider y Roy en el año 2012 donde analizaron las características básicas de los cuidadores principales encontrando una prevalencia del 75% de sexo femenino. Datos similares se encontraron en el estudio realizado por Diaz-Alvarez y Rojas-Martínez "Cuidando al Cuidador: efectos de un programa

educativo” donde evidenciaron una marcada presencia del género femenino entre los cuidadores con 92% de mujeres, el 57% de estas estaban entre los 36 y 59 años y el 26% superaban los 60 años.(82) De igual forma en nuestro estudio, encontramos un 70% de cuidadoras femeninas, con una edad media de 53.3 años. Sin embargo, ninguno de estos parámetros resultaron ser factores de riesgo para presentar síndrome del cuidador cansado.

Además se encontró que el ser cuidador principal incrementa en 4 veces más el riesgo de presentar síndrome de cuidador cansado que en cuidadores ocasionales, con una $p < 0.05$. En el estudio realizado por Allen y Col. “Primary Caregiver Characteristics and Transitions in Community-Based Care” se encontró relación entre ser cuidador principal y la presencia de sobrecarga, sugiriendo que los pacientes necesitarían más de un cuidador principal para que se puedan dividir esta tarea por periodos de tiempo y de esta manera evitar la sobrecarga en los cuidadores. (95)

El hecho de que los cuidadores presenten ansiedad y depresión, los predispone aún mas a presentar síndrome de cuidador cansado, con un OR: 11.1 para la ansiedad y un OR: 5.8 para la depresión, con una $p < 0.05$. Datos similares fueron encontrados en el estudio realizado por Carod-Artal, Ferreira, Stieven y Menezes “Burden and Perceived Health Status Among Caregivers of Stroke Patients” donde encontraron una relación de sobrecarga y depresión/ansiedad estadísticamente significativa con una $p < 0.001$. (91)

En este estudio se consideró poseían una red de apoyo **adecuada** a todas aquellas personas que formaron parte de las 3 primeras categorías en la escala de

OARS (Excelente, buena y deteriorada leve), puesto que hasta ese punto todos los adultos mayores contaban con al menos una persona dispuesta a cuidar de ellos indefinidamente. Además que el adulto mayor presente una red de apoyo deficiente (moderada, bastante y totalmente deterioradas) según la escala de OARS, predispone al cuidador 5 veces más a presentar SCC. Haley y Col. en su estudio “Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers.” identificaron que pacientes que se encuentran conformes con su red de apoyo tienen mayor satisfacción, tanto personal como en su salud. (97) (Tabla 4)

TABLA 4. CLASIFICACION DE LA RED DE APOYO

| OARS | INVESTIGACION |
|-------------------------|---------------|
| 1. Excelente | Adecuada |
| 2. Buena | |
| 3. Deteriorada leve | |
| 4. Deteriorada moderada | Mala |
| 5. Deteriorada bastante | |
| 6. Deteriorada total | |

Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

La autopercepción de salud fue uno de los parámetros con mayor significancia dentro de las características del cuidador en este estudio, pues se evidenció que quienes consideran que su estado de salud había empeorado desde que inició su trabajo de cuidador, tienen 15 veces más probabilidad de presentar sobrecarga que

aquellos que no consideran existiese cambio alguno. Esto también fue evidenciado por Limpawattana y Col. en el estudio “Caregivers Burden of Older Adults with Chronic Illnesses in the Community: A Cross-Sectional Study” en el año 2012 donde la relación de sobrecarga del cuidador y la autopercepción de salud fue estadísticamente significativa. (91)

El no contar con los suficientes recursos económicos para solventar los gastos del adulto mayor, predispone a su cuidador 6 veces más a presentar SCC, frente a aquellos quienes no poseen dificultades económicas. Limpawattana y Col. a su vez encontraron que el hecho de presentar recursos económicos suficientes fue la variable con mayor impacto positivo de su estudio. (91)

Dentro de las características demográficas del adulto mayor, se encontró que la edad promedio fue de 82 años, siendo estos en un 57% mujeres y un 43% varones y apenas un 39% se encontraban casados al momento de realizarse la encuesta. Que el adulto mayor viva con su cónyuge, no fue un factor de riesgo para que este como cuidador presente SCC, sin embargo que el cuidador no viva bajo el mismo techo del adulto mayor, representó un factor protector para la aparición de SCC con un OR: 0.129 y una $p < 0.05$. Esto comparado al estudio realizado por Limpawattana y Col. donde encontraron que las características de los pacientes adultos mayores no contribuyeron a la aparición del SCC, pero, variables como la cantidad de tiempo dedicado al cuidado si fueron significativas. (91) Así como es corroborado con el estudio realizado por Hsiao y Col. en el 2014 “Differences in COPD Patient Care by Primary Family Caregivers: An Age-Based Study” donde se demostró que a mayor

número de horas compartidas con el paciente, mayor era la reacción negativa del cuidador hacia el cuidado de este. (98)

En cuanto al parámetro de dependencia del adulto mayor, valorada por la escala de Barthel se considera que todos aquellos quienes presentaban dependencia leve, eran lo suficientemente capaces de realizar las actividades de la vida diaria por si mismos lo que los convertía en personas independientes. El tener algún tipo de dependencia (dependencia moderada, grave y total) represento un factor de riesgo para su cuidador para presentar SCC con un OR: 3.5 y una $p < 0.05$. Datos similares se encontraron en el estudio realizado por Rodriguez y Rihuete en el 2011 “Influencia de la dependencia de los enfermos oncológicos en la sobrecarga de sus cuidadores familiares” donde pudieron comprobar la relación que existe entre la sobrecarga de los cuidadores y la dependencia del paciente enfermo, aumentando la intensidad de la sobrecarga a medida que aumenta el grado de dependencia. Esto según los autores, es debido al tiempo y demandas que el cuidador debe invertir en su paciente. (99)

En el caso de la depresión en el adulto mayor ya sea que esta fue diagnosticada previamente o que se observó por primera vez durante la aplicación de la escala de Yesavage abreviada en este estudio, se encontró que producía entre 2 a 5 veces más probabilidad de que sus cuidadores presenten sobrecarga en comparación a los cuidadores de adultos mayores no deprimidos. Aunque no se encontraron estudios que relacionen depresión del adulto mayor y SCC específicamente, el estudio realizado en el año 2012 por Espín Andrade “Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia”, menciona la relación que existe entre los cambios y trastornos en la conducta del

enfermo y como esto aumenta la ansiedad en sus cuidadores, lo que los predispone a un mayor riesgo de presentar SCC. (100)

No se encontraron estudios previos que asocien los trastornos auditivos de los pacientes adultos mayores y la presencia de síndrome de cuidador cansado, sin embargo fue una de las patologías presentadas en este estudio y la única que apareció como un factor de riesgo con un OR de 3.33 y una $p < 0.05$.

Enfermedades de gran dependencia como las neurológicas, psiquiátricas, oncológicas y crónicas degenerativas en nuestro estudio no obtuvieron significancia estadística así como tampoco la obtuvieron en el estudio realizado por Limpawattana y Col. quienes tampoco encontraron relación entre las características de discapacidad de los adultos mayores para que sus cuidadores presenten sobrecarga. (91) A diferencia del estudio realizado por Bielsa Antunes en el 2013 quien encontró que la enfermedad de Alzheimer genera una gran tensión a nivel familiar lo que produce que hasta un 87% de los familiares presenten sobrecarga, depresión y ansiedad.(102)

En el estudio realizado por Ocampo y Col. se encontró un promedio de 3 enfermedades por adulto mayor y una relación estadísticamente significativa del número de comorbilidades con la presencia de sobrecarga del cuidador con una $p < 0.01$ a diferencia de este estudio donde no obtuvo significancia estadística. (103)

CAPITULO VII

1. CONCLUSIONES

- El hecho que el paciente adulto mayor sea dependiente para realizar las actividades de la vida diaria resultó ser factor de riesgo para que sus cuidadores desarrollen SCC.
- La posible ansiedad y depresión en los cuidadores de adultos mayores están estrechamente relacionados con la presencia de SCC.
- La depresión en adultos mayores se encuentra subdiagnosticada y esta representa un factor de riesgo para sobrecarga en los cuidadores.
- El tener una red de apoyo de buena calidad reduce el riesgo de presentar sobrecarga del cuidador.
- El presentar síndrome del cuidador cansado aumenta la probabilidad de presentar otros problemas de salud como depresión y/o ansiedad en los cuidadores informales.
- La edad de los cuidadores al igual que el sexo de los mismos no son factores de riesgo para presentar SCC.
- La prevalencia del Síndrome de cuidador cansado es mucho mayor a la que se piensa por lo que se encuentra subdiagnosticada.
- El ser cuidador principal de un adulto mayor es un factor de riesgo para presentar SCC.

- Los cuidadores de adultos mayores que refirieron deterioro en su estado de salud desde que iniciaron el cuidado tienen más riesgo de presentar SCC que aquellos que no han percibido cambios en su salud
- La falta de recursos económicos de los cuidadores de adultos mayores para solventar los gastos del cuidado los hace vulnerables para presentar SCC.
- La condición de que el paciente adulto mayor no viva con su cuidador es un factor de protección para que el cuidador presente SCC.
- La única patología del adulto mayor que por sí sola resulto un factor de riesgo para que el cuidador presente SCC fueron los trastornos auditivos.
- En este estudio las enfermedades crónico degenerativas, neurológicas, psiquiátricas, deterioro cognitivo, incapacitantes así como tampoco la polifarmacia ni el número de enfermedades concomitantes presentadas por los adultos mayores resultaron un factor de riesgo para que el cuidador presente sobrecarga.

2. LIMITACIONES

Al ser este un estudio dirigido a todos los cuidadores de pacientes adultos mayores que se presentaron a la consulta externa de geriatría, no se discrimino entre las enfermedades padecidas por los adultos mayores y esta fue quizás la causa de que enfermedades que en otros estudios resultaron factores de riesgo para presentar

síndrome del cuidador cansado como por ejemplo enfermedades neurológicas y psiquiátricas en este estudio no hayan sido estadísticamente significativas.

Al analizar la bibliografía encontramos que el periodo de tiempo de cuidado fue un factor de riesgo para presentar sobrecarga en el cuidador, parámetro que no fue valorado por este estudio.

Además no se incluyeron características de los cuidadores como son la escolaridad, estado civil y ocupación, todos ellos factores que pudieron definir de mejor manera el patrón del cuidador y su vulnerabilidad ante este problema de salud.

3. RECOMENDACIONES

3.1. Del estudio:

Una vez analizados los resultados se evidenció falencias que hubieran ayudado a mejorar y especificar más las estadísticas, como por ejemplo el indagar más a profundidad sobre el tiempo que el cuidador ha permanecido a cargo del adulto mayor ya que este podría ser un factor de riesgo para presentar sobrecarga.

Hubiese sido de gran ayuda conocer quienes viven bajo el mismo techo del adulto mayor y como es la relación entre ellos.

3.2. Para el Hospital:

Se debe poner más énfasis en la salud tanto física como psicológica de los cuidadores de adultos mayores ya que estos pueden llegar a convertirse en usuarios del sistema de salud. Un cuidador enfermo no puede cuidar correctamente del

paciente a su cargo, predisponiéndolo a presentar complicaciones en sus enfermedades de base aumentando la morbi-mortalidad de los adultos mayores y aumentando los gastos en el sistema de salud.

Se recomienda a la institución un mejor screening de salud mental tanto en pacientes adultos mayores para una mejor detección de depresión, así como en sus cuidadores para evitar enfermedades como el SCC, ansiedad y depresión. Además se recomienda realizar el test de Zarit a todos los cuidadores de pacientes adultos mayores dependientes y con depresión ya que son una población en riesgo.

La atención integral del adulto mayor debería ir de la mano con la detección de sobrecarga en sus cuidadores para mejorar el cuidado de los mismos.

Se deberían crear programas para la capacitación de cuidadores informales de adultos mayores ya que estos son una parte importante del sistema de salud.

3.3. Procedimiento

Se recomienda un espacio más privado para realizar el cuestionario en especial el test de Zarit ya que por el carácter de sus preguntas los cuidadores investigados en momentos podían sentirse juzgados por sus respuestas y no ser completamente sinceros.

La disminución auditiva de algunos adultos mayores también dificulta en ocasiones la correcta realización del cuestionario en los mismos.

3.4. De la Investigación

Las investigadoras recomiendan realizar más estudios dirigidos hacia enfermedades incapacitantes como es el caso de deterioros cognitivos, enfermedad de Alzheimer y secuelas de ECV ya que sus cuidadores constituyen una población de riesgo para presentar sobrecarga según nos indica la bibliografía.

BIBLIOGRAFIA:

1. Mazanec S, Daly B, Douglas S, Lipson A. Work productivity and health of informal caregivers of persons with advanced cancer. *Research in Nursing & Health*. 2011 Diciembre; 34(6).
2. Koppel R. Alzheimer's Disease: The Costs to U.S. Businesses in 2002. Philadelphia: the Alzheimer's Association, Department of Sociology; 2002 Junio.
3. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro Blanco del Envejecimiento activo. 1st ed. Ministerio de Sanidad Política Social e Igualdad SGdPSyCIdMySS, editor. Madrid: IMSERSO; 2011.
4. Hernandez MF, Lopez Vega R, Velarde Villalobos SI. La situación demográfica en México Panorama desde las Proyecciones de Población. In Gobernación Sd, editor. La Situación Demográfica de México. Mexico: CONAPO; 2013. p. 11 - 20.
5. OECD. What is active ageing? In OECD , editor. Reforms for an Ageing Society. Paris: OECD publishing; 2000. p. 126.
6. Spidla V. Active Aging and the European Employment Strategy. *The Journal AARP International*. 2007 Invierno.
7. OMS. Active Ageing: The Concept and Rationale. In WHO , editor. Active Ageing A Policy Framework. Madrid: World Health Organization; 2002. p. 12.
8. Commission of the European Communities. Towards a Europe for all ages promoting prosperity and intergenerational solidarity. Communication from the Commission. Brussels : Commission of the European Communities , COM; 1999. Report No.: 221 final.
9. Hartu-emanak. Una concepción del Envejecimiento Activo desde la Perspectiva de Hartu-emanak. In Hartu-emanak , editor. Aprendizaje Permanente Participación Social. Bilbao: Hartu-emanak; 2009. p. 21.
10. CEPAL. Envejecimiento, Derechos Humanos y Políticas Públicas Huenchuan S, editor. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2009.
11. CELADE. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores para América Latina y el Caribe. Santiago de Chile: Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, División de

Población de la CEPAL en el marco del programa conjunto CEPAL-ASDI 2010-2011; 2010.

12. Torres-Degro A. Envejecimiento demográfico: Un acercamiento a los métodos cuantitativos. CIDE digital. 2010 Noviembre; 1(2).
13. Cabre Pla A. La constitución familiar en España. 1st ed. Bilbao: Fundacion BBVA; 2007.
14. Delgado Ramos A, Fagundo Montesinos F, Lopez Letucet E, Valdes Santana C, Salabert Tortolo I. Transición Epidemiológica. RevMed. 2003 Enero - Febrero; 25(1): p. Tema 3.
15. Dorantes Mendoza G, Avila Fuentes JA, Mejia Arango S, Gutierrez Robledo LM. Factores asociados con la dependencia funcional en los adultos mayores: un análisis secundario del Estudio Nacional sobre Salud y Envejecimiento en México, 2001. Rev Panam Salud Publica. 2007 Julio; 22(1).
16. Lopez Arrieta J, Rodriguez Mañas L. Formación e investigación en atención especializada al anciano. In Rodríguez Mañas L SJ, editor. Bases de la atención sanitaria al anciano. Madrid: SEMEG; 2001. p. 229-253.
17. Ministerio de Salud, Servicios Sociales e Igualdad. Encuesta Nacional de Salud 2011 - 2012. Instituto Nacional de Estadística. 2013 Marzo.
18. Peña Galban LY, Espindola Artola A, Cardoso Hernandez J, Gonzalez Hidalgo T. La guerra como desastre. Sus consecuencias psicológicas. Rev Hum Med [revista en la Internet]. 2007 Diciembre; 7(3).
19. Fundación Bienestar del Adulto Mayor I.A.P. Manual de salud física del adulto mayor Padilla Nieto E, editor. Mexico: Plaza y Valdez; 2002.
20. Becares F. Interpretación de la estadística demográfica de Adanero (Ávila) correspondiente a los años 1901-1925. In Boletín Técnico de la Dirección General de Sanidad; 1927; Madrid. p. 604 - 611.
21. Kirkwood T. Understanding the odd science of aging. PubMed. 2005 Febrero; 120(4).
22. Lindenberger U, Baltes PB. Intellectual functioning in old and very old age: Cross-sectional results from the Berlin Aging Study. Psychology and Aging. 1997 Septiembre; 12(3).
23. Baltes PB, Staudinger UM, Lindenberger U. Lifespan psychology: Theory and application

- to intellectual functioning. *Annual Review of Psychology*. 1999 Febrero; 50(471 - 507).
24. Yang L, Krampe RT, Baltes PB. Basic Forms of Cognitive Plasticity Extended Into the Oldest-Old: Retest Learning, Age, and Cognitive Functioning. *Psychology and Aging*. 2006; 21(2).
 25. Carstensen LL, Fung H, Charles S. Socioemotional selectivity theory and the regulation of emotion in the second half of life. *Motivation and Emotion*. 2003; 27(103 - 123).
 26. Jonis M, Llaeta D. Depresión en el adulto mayor, cual es la. *Rev Med Hered*. 2013 Enero; 24(78 - 79).
 27. Thompson L, Gallagher-Thompson D. Effectiveness of Psychotherapy for Both Endogenous and Nonendogenous Depression in Older Adult Outpatients. *Journal of Gerontology*. 1983; 38(6).
 28. Cuddy AJC, Norton MI, Fiske ST. This Old Stereotype: The Pervasiveness and Persistence of the Elderly Stereotype. *Journal of Social Issues*. 2005 Marzo; 61(2).
 29. IMSERSO. INFORME 2008 Las Personas Mayores en España Datos Estadísticos Estatales y por Comunidades Autónomas. 1st ed. Ministerio de Educación PSyD, Secretaría de Estado de Política Social, Familias , Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO , editors. Madrid: GRAFO, S.A; 2008.
 30. Fernandez-Ballesteros R, Huici Casals C, Bustillos A, Caprara MG, Molina MA, Zamarron MD. ESTRATEGIAS PARA LA REDUCCIÓN DE ESTEREOTIPOS NEGATIVOS SOBRE LA VEJEZ (ERENVE). Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, Facultad de Psicología; 2007.
 31. Kinsella K, He W. An Aging World: 2008 International Population Reports. Reporte. Washington: U.S. Department of Health and Human Services, NATIONAL INSTITUTE ON AGING; 2009. Report No.: P95/09-1.
 32. Tovar P. MÁS ALLÁ DEL MATRIMONIO, UN TERRITORIO LLAMADO VIUDEZ. *Nomadas*. 1999; ISSN 0121-7550(11).
 33. Quadagno J. Aging and the life course: an introduction of social gerontology. 4th ed.: MacGraw-Hill; 2007.
 34. Louro I, Infante O, De la Cuesta Perez E, Gonzalez I, Perez C. Manual de intervención en

- salud familiar Sanchez Ferran T, editor. Habana: Editorial Ciencias Medicas; 2002.
35. Muchinik E, Seidmann S. Aislamiento y Soledad. 1st ed. Eudeba , editor. Buenos Aires: Editorial Universitaria de Buenos Aires; 1998.
 36. Dong X, Chang ES, Wong E, Simon M. Perception and Negative Effect of Loneliness in a Chicago Chinese Population of Older Adults. Arch Gerontol Geriatr. 2012 Enero; 54(1).
 37. Montero M, Lopez L. Soledad y Depresión: ¿fenómenos equivalentes o diferentes? Psicología Social en México. 1998; VII(62 - 67): p. 62.
 38. Speck R. La intervención en red social: las terapias de red, teoría y desarrollo. Barcelona: Gedisa; 1989.
 39. de los Reyes MC. CONSTRUYENDO EL CONCEPTO CUIDADOR DE ANCIANOS. Foro de Investigacion Envejecimiento de la Poblacion. Curitiba: MERCOSUR, IV Reunión de Antropología del Mercosur; 2001.
 40. Flórez Lozano JA, Adeva Cándenas J, García García MC, Gómez Martín MP. Psicopatología de los cuidadores habituales de ancianos. Jano. 1997; 3((1218): 261-272).
 41. del Rey F, Alvear M. Cuidados informales. Revista Rol de Enfermería. 1995;(202 : 61-65).
 42. Aguas S. Familias que cuidan una protección invisible. Rev. Hechos y Derechos Subsecretaria de Derechos Humanos y Sociales. Ministerio del Interior. 1999; 6.
 43. Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria. Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. In Sociedad Catalana de Medicina Familiar y Comunitaria.2003; 2003. p. Ley 39/2006.
 44. Ruiz Rios AE, Nava Galan MG. Cuidadores: responsabilidades-obligaciones. Enf Neurol. 2012; 11(3: 163-169).
 45. Oddone MJ. El Tercer Sector y la Tercera Edad Conjuntos: Sociedad Civil en Argentina Argentina CADlSCBIdDe, editor. Buenos Aires: Edilab; 1998.
 46. IMSERSO. Encuesta sobre Condiciones de Vida de los Mayores. In Imsero; 2004; Madrid.
 47. CEAFA; Fundación Pfizer. Manual para la estimulación de los enfermos de Alzheimer en el

- domicilio Pfizer F, editor. Madrid: CEAFA; 2001.
48. Grad J, Sainsbury P. Mental illness and the family. *Lancet*. 1963 Marzo; 1(7280):544–547).
 49. Freudenberger HJ. Staff burnout. *Journal of Social Issues*. 1974; 30(1)(159 - 165).
 50. Maslach C. Burned-out. *Human Behavior*. 1976; 5(16 - 22).
 51. Álvarez Gallego E, Fernández Ríos L. El síndrome de burnout" o el desgaste profesional: Revisión de estudios. *Rev. Asociacion Española de Neuropsiquiatria*. 1991; 21(257-26).
 52. De las Cuevas C, González de Rivera JL, De la Fuente JA, Alviani M, Ruiz-Benítez A. BURNOUT Y REACTIVIDAD AL ESTRÉS. *Revista de Medicina de la Universidad de Navarra*. 1997 Abril - Junio.
 53. Martínez Piedrota R, Miangolarra Page J. El cuidador y la enfermedad de Alzheimer. Formación y asistencia España: Editorial Universitaria Ramón Areces; 2006.
 54. Goode K, Haley W, Roth D, Ford G. Predicting longitudinal changes in caregiver physical and mental health: a stress process model. *Health Psychology*. 1998 Marzo; 17((2):190-8).
 55. Dueñas E, Martínez M, Morales B, Muñoz C, Viafara A. Síndrome del cuidador de adultos mayores discapacitados y sus implicaciones psicosociales. *Colombia Médica*. 2006 Marzo; 37(Sup131-38).
 56. Herrera E. Cuidadoras y cuidadores de personas dependientes y enfoque de género en Chile. Maule: Gobierno de Chile Fonadis, Departamento de Programas y proyectos; 2007 Diciembre.
 57. Castro Espejo E, Solorzano Gil HP, Vega Chavez EP. Necesidades de cuidado que tienen los cuidadores de personas en situación de discapacidad, por parte de su familia en la localidad de Fontibón: Bogotá D.C. Trabajo de Grado. Bogotá: Pontificia Universidad Javeriana, Facultad de Enfermería ; 2009.
 58. Wagner DL. Comparative analysis of caregiver data for caregivers to the elderly 1987 and 1997. Bethesda: National Alliance for Caregiving , Towson State University, MD; 1997.
 59. National Alliance for Caregiving. Caregiving in the U.S. 2009. Funded by MetLife

Foundation. 2009 November.

60. Carretero Gomez S, Garces Ferrer J, Rodenas Rigla FJ. La sobrecarga de las cuidadoras de personas dependientes. 1st ed. psicosocial Aypdi, editor. Valencia: Tirant lo Blanch; 2006.
61. Belloch A, Sandin B, Ramos F. Manual de Psicología. Volumen 2 España Id, editor. España: McGraw-Hill; 1995.
62. Holmes TH, Rahe R. The Social Readjustment Rating Scale. Journal of Psychosomatic Research. 1967; 11.
63. Lazarus RS, Folkman S. Stress, Appraisal and Coping: Springer Publishing Co.; 1984.
64. Folkman S, Lazarus RS. Dynamics of a stressful encounter: Cognitive appraisal, coping, and encounter outcomes. Journal of Personality and Social Psychology. 1986; 50.
65. Pearlin LI, Turner HA, Semple SJ. Coping and the mediation of caregiver stress. In Office DUSGP, editor. Alzheimer's disease treatment and family stress: Directions for research. Washington: E. Light y B. Lebowitz (eds); 1989. p. 198 - 217.
66. Exposito Concepcion Y. LA CALIDAD DE VIDA EN LOS CUIDADORES PRIMARIOS DE PACIENTES CON CANCER. Revista Habanera de Ciencias Médicas. 2008 Julio - Septiembre; 7(3).
67. Mason A, Lee R. El envejecimiento de la población y la economía generacional: Resultados principales CEPAL , editor. Santiago de Chile: Naciones Unidas; 2011.
68. Stone RI, Short PF. The competing demands of employment and informal caregiving to disabled elders. Medical Care. 1990; 28(6).
69. Carmichael F, Charles S. The Labour Market Costs of Community Care. Journal of Health Economics. 1998; 17(6).
70. Decima Research Inc.; Health Canada. National Profile of Family Caregivers in Canada – 2002. Final Report. Ottawa: Health Canada; 2002.
71. Morris M. Gender-sensitive home and community care and caregiving research: a synthesis paper. Final report. Ottawa: Health Canada, Women's Health Bureau or the Government of Canada; 2001.

72. Holzmann-Jenkin A. Paying for Care: Repercussions for Women who Care, the case of Austria Mimeo , editor. Vienna: Sozialökonomische Forschungsstelle; 1998.
73. Jenson J, Jacobzone S. Care allowances for the frail elderly and their impact on women care-givers. Labour Market and Social Policy – Occasional Papers nº 41. Paper. Paris: Employment, Labour and Social Affairs Committee, Directorate for Education, Employment, Labour and Social Affairs; 2000.
74. Mears J. Paying for Care: Repercussions for Women Who Care, the case of Australia. Mimeo. Sydney: University of Western Sydney, Department of Social Policy and Human Services, Faculty of Arts and Social Sciences; 1998.
75. García MM, Mateo I, Maroto G. El impacto de cuidar en la salud y la calidad de vida de las mujeres. Gaceta Sanitaria. 2004; 18(Supl 2).
76. U.S. Department of Health & Human Services. What we do makes a difference. Annual Report. Washington: U.S. Department of Health & Human Services, Administration on Aging; 2003.
77. Pitsenberger DJ. Juggling Work and Elder Caregiving Work–Life Balance for Aging American Workers. AAOHN Journal. 2006 Abril; 54(4).
78. Salvarezza L. La Vejez, una mirada gerontológica actual Buenos Aires: Paidós; 1998.
79. Cillo O. Institucionalización de larga estadía. Revista de la Asociación Argentina de Establecimientos Geriátricos. 1999; 9(34).
80. Nkongho N. The Caring Inventory. In FORU , editor. Measurement of Nursing Outcomes. New York: Springer; 1999. p. 3 - 16.
81. Rojas Martinez M. Asociacion entre la habilidad de cuidado del cuidador, el tiempo de cuidado y el grado de dependencia del adulto mayor que vive situacion de enfermedad cronica, en la ciudad de Girardot. Avances en enfermeria. 2007; XXV(1).
82. Diaz-Alvarez JC, Rojas-Martinez MV. Cuidando al Cuidador: Efectos de un Programa Educativo. Aquichan. 2009 Enero - Junio; 9(1).
83. Ministerio de Sanidad y Consumo. 1º Conferencia de Prevención y Promoción de la Salud en la Práctica Clínica en España Prevención de la dependencia en personas mayores. 1st

- ed. Consumo MdSy, editor. Barcelona: Semfyc Ediciones; 2007.
84. Cid-Ruzafa J, Damian-Moreno J. VALORACIÓN DE LA DISCAPACIDAD FÍSICA: EL INDICE DE BARTHEL. *Revista Española de Salud Pública*. 1997 Marzo - Abril; 71(2).
 85. Gomez-Angulo C, Campo-Arias A. Escala de Yesavage para Depresión Geriátrica (GDS-15 y GDS-5): estudio de la consistencia interna y estructura factorial. *Universitas psychologica*. 2011; 10(3).
 86. Hoyl M T, Valenzuela A E, Marin L PP. Depresión en el adulto mayor: evaluación preliminar de la efectividad, como instrumento de tamizaje, de la versión de 5 ítems de la Escala de Depresión Geriátrica. *Revista médica de Chile*. 2000 Noviembre; 128(11).
 87. Fillenbaum GG. Multidimensional Functional Assessment of Older Adults: The Duke Older Americans Resources and Services Procedures. Lawrence Erlbaum Associates, Hillsdale, NJ. 1988.
 88. Leturia Arrazola FJ, Yanguas Lezaun JJ, Arriola Manchola E, Uriarte Mendez A. La Valoración de las Personas Mayores: Evaluar para conocer, conocer para intervenir. 5th ed. España: Caritas Española; 2001.
 89. Sanjoaquin Romero AC, Fernandez Arin E, Mesa Lampre MP, Garcia-Arilla Calvo E. VALORACIÓN GERIÁTRICA INTEGRAL. In Alcocer A, editor. *Tratado de Geriatria para Residentes*. Madrid: International Marketing & Communication, S.A. (IM&C); 2006. p. 59 - 68.
 90. Fondo Europeo de Desarrollo Regional. Proyecto Envejecimiento mas Activo. Proyecto. Coruña: Universidad da Coruña, Asociacion Provincial de Pensionistas y Jubilados U.D.P de A Coruña; 2013. Report No.: 0552.
 91. Limpawattana P, Theeranut A, Chindaprasirt J, Sawanyawisuth K, Pimporn J. Caregivers Burden of Older Adults with Chronic Illnesses in the Community: A Cross-Sectional Study. *J Community Health*. 2013 Junio; 38(40 - 45).
 92. Breinbauer K H, Vásquez V H, Mayanz S S, Guerra C, Millán K T. Validación en Chile de la Escala de Sobrecarga del Cuidador de Zarit en sus versiones original y abreviada. *Revista médica de Chile*. 2009 Mayo; 137(5).

93. Montón C, Pérez Echeverría M, Campos R. Campos R y cols. Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*. 1993; 12(6).
94. Goldberg D, Hillier V. A scaled version of the General Health Questionnaire. *Psychol Med*. 1979 Febrero; 9(1).
95. Allen S, Lima J, Goldscheider F, Roy J. Primary caregiver characteristics and transitions in community-based care. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci*. 2012 Mayo; 67(3).
96. Carod-Artal F, Ferreira Coral L, Trizotto D, Menezes Moreira C. Burden and perceived health status among caregivers of stroke patients. *Cerebrovasc Dis*. 2009; 28(5).
97. Haley W, Levine E, Brown S, Bartolucci A. Stress, appraisal, coping, and social support as predictors of adaptational outcome among dementia caregivers. *Psychol Aging*. 1987 Diciembre ; 2(4).
98. Hsiao P, Chu C, Sung P, Perng W, Wang K. Differences in COPD patient care by primary family caregivers: an age-based study. *PLoS One*. 2014 Septiembre; 9(9).
99. Rodriguez Rodriguez A, Rihuete Galve MI. Influencia de la dependencia de los enfermos oncológicos en la sobrecarga de sus cuidadores familiares. *Medicina Paliativa*. 2011 Octubre - Diciembre; 18(4).
100. Espin A. Factores de riesgo de carga en cuidadores informales de adultos mayores con demencia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2012; 38(3).
101. Steele Britton H. Prevalencia del Síndrome de Sobrecarga del Cuidador en Cuidadores Informales de Pacientes del Hospital Diurno del Hospital Nacional Psiquiátrico Durante los Meses de Octubre y Noviembre del 2009. Universidad de Costa Rica. 2010 Abril.
102. Bielsa Antunez ML. La Enfermedad de Alzheimer y El Cuidador Principal. *Nuberos Científica*. 2013 Octubre; 2(10).
103. Ocampo JM, Herrera JA, Torres P, Rodriguez JA, Lobo L, Garcia CA. Sobrecarga asociada con el cuidado de ancianos dependientes. *Colombia Médica*. 2007 Enero-Marzo; 38(1).

ANEXOS

ANEXO 1

INDICE DE BARTHEL

| | |
|---|--|
| COMER | |
| 10 | INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. |
| 5 | NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo |
| 0 | DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona |
| VESTIRSE | |
| 10 | INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda |
| 5 | NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable |
| 0 | DEPENDIENTE. |
| ARREGLARSE | |
| 5 | INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona. |
| 0 | DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda |
| DEPOSICIÓN | |
| 10 | CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. |
| 5 | ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios |
| 0 | INCONTINENTE. |
| MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior) | |
| 10 | CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo. |
| 5 | ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos. |
| 0 | INCONTINENTE. |
| IR AL RETRETE | |
| 10 | INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona |
| 5 | NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo. |
| 0 | DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor. |
| TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias) | |
| 15 | INDEPENDIENTE. No precisa ayuda |
| 10 | MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física |
| 5 | GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. |
| 0 | DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado. |
| DEAMBULACIÓN | |
| 15 | INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo. |
| 10 | NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador. |
| 5 | INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión. |
| 0 | DEPENDIENTE |
| SUBIR Y BAJAR ESCALERAS | |
| 10 | INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona |
| 5 | NECESITA AYUDA |
| 0 | DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones. |
| <20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve | |

Mahoney FI, Barthel DW. Functional evaluation: the Barthel Index

ANEXO 2

ESCALA DE YESAVAGE

| | | |
|---|----|----|
| 1- En general ¿Está satisfecho con su vida? | SÍ | NO |
| 2- ¿Ha abandonado muchas de sus tareas habituales y aficiones? | SÍ | NO |
| 3- ¿Siente que su vida está vacía? | SÍ | NO |
| 4- ¿Se siente con frecuencia aburrido/a? | SÍ | NO |
| 5- ¿Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo? | SÍ | NO |
| 6- ¿Teme que algo malo pueda ocurrirle? | SÍ | NO |
| 7- ¿Se siente feliz la mayor parte del tiempo? | SÍ | NO |
| 8- ¿Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido? | SÍ | NO |
| 9- ¿Prefiere usted quedarse en casa, más que salir y hacer cosas nuevas? | SÍ | NO |
| 10- ¿Cree que tiene más problemas de memoria que la mayoría de la gente? | SÍ | NO |
| 11- En estos momentos, ¿piensa que es estupendo estar vivo? | SÍ | NO |
| 12- ¿Actualmente se siente un/a inútil? | SÍ | NO |
| 13- ¿Se siente lleno/a de energía? | SÍ | NO |
| 14- ¿Se siente sin esperanza en este momento? | SÍ | NO |
| 15- ¿Piensa que la mayoría de la gente está en mejor situación que usted? | SÍ | NO |
| PUNTUACIÓN TOTAL – V5 | | |
| PUNTUACIÓN TOTAL – V15 | | |

Martínez de la Iglesia J, Onís Vilches MC, Dueñas Herrero R, Aguado Taberna C, Albert Colomer C, Luque Luque R. Versión española del cuestionario de Yesevage abreviado (GDS) para el cribado de depresión en mayores de 65 años: Adaptación y validación. Medifam.

ANEXO 3

ESCALA DE OARS

| | |
|---|--|
| <p>Me gustaría que respondiese algunas preguntas acerca de su familia y amigos:</p> <p>¿Cuál es su estado civil?</p> <p>1. Soltero <input type="checkbox"/></p> <p>2. Casado <input type="checkbox"/></p> <p>3. Viudo <input type="checkbox"/></p> <p>4. Separado <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>¿Vive su cónyuge en la residencia?</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>2. No <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>Durante el último año, ¿con qué frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o de excursión?</p> <p>1. Una vez a la semana o más <input type="checkbox"/></p> <p>2. Una a tres veces al mes <input type="checkbox"/></p> <p>3. Menos de una vez al mes o sólo en vacaciones <input type="checkbox"/></p> <p>0. Nunca <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>¿Con cuántas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?</p> <p>3. Cinco o más <input type="checkbox"/></p> <p>2. Tres o cuatro <input type="checkbox"/></p> <p>1. Una o dos <input type="checkbox"/></p> <p>0. Ninguna <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>¿Cuántas veces habló (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana? (Si la persona no tiene teléfono la pregunta también es válida.)</p> <p>3. Una vez al día o más <input type="checkbox"/></p> <p>2. Dos veces <input type="checkbox"/></p> <p>1. Una vez <input type="checkbox"/></p> <p>0. Ninguna <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p> | |

| | |
|---|--|
| <p>¿Cuántas veces durante la semana pasada le visitó alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizó alguna actividad con otra persona?</p> <p>3. Una vez al día o más <input type="checkbox"/></p> <p>2. De dos a seis veces <input type="checkbox"/></p> <p>1. Una vez <input type="checkbox"/></p> <p>0. Ninguna <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>¿Hay alguna persona en la que tenga confianza?</p> <p>2. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>0. No <input type="checkbox"/></p> <p>NS/NC <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>¿Con qué frecuencia se siente solo?</p> <p>0. Bastante a menudo <input type="checkbox"/></p> <p>1. Algunas veces <input type="checkbox"/></p> <p>2. Casi nunca <input type="checkbox"/></p> <p>3. NS/NC <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>¿Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o está algunas veces triste por lo poco que vienen a verlo?</p> <p>1. Tan a menudo como desear <input type="checkbox"/></p> <p>2. Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p> | |
| <p>¿Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedara incapacitado (por ejemplo, marido/mujer, otro familiar, amigo)? (Ancianos en residencias: la persona debe ser ajena al centro)</p> <p>1. Sí <input type="checkbox"/></p> <p>0. Nadie dispuesto y capaz de ayudarme <input type="checkbox"/></p> <p>No responde <input type="checkbox"/></p> <p>Si es «Sí», preguntar a y b.</p> <p>a) ¿Hay alguien (ancianos en residencias: ajeno a la residencia) que cuidaría de usted tanto tiempo como lo necesitase o sólo por un corto espacio de tiempo u ocasionalmente (por ejemplo, acompañarlo al médico)?</p> <p>1. Alguien que cuidaría de mí indefinidamente.</p> <p>2. Alguien que me cuidaría durante un breve espacio de tiempo.</p> <p>3. Alguien que me ayudaría de vez en cuando.</p> <p>No responde.</p> <p>b) ¿Quién es esa persona?</p> <p>Nombre _____</p> <p>Relación _____</p> | |

Escala de Recursos Sociales (OARS) Duke University Center (1978)

ANEXO 4

TEST DE ZARIT - ESCALA DE SOBRECARGA DEL CUIDADOR

| | |
|---|--|
| ¿Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? | |
| ¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para Vd.? | |
| ¿Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | |
| ¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar? | |
| ¿Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | |
| ¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia? | |
| ¿Tiene miedo por el futuro de su familiar? | |
| ¿Piensa que su familiar depende de Vd.? | |
| ¿Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? | |
| ¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar? | |
| ¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar? | |
| ¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar? | |
| ¿Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar? | |
| ¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? | |
| ¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos? | |
| ¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? | |
| ¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? | |
| ¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona? | |
| ¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar? | |
| ¿Piensa que debería hacer más por su familiar? | |
| ¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar? | |
| ¿Globalmente, ¿qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? | |
| TOTAL | |

OPCIONES

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4= Bastantes veces 5= Casi siempre

Martín M, Salvado I, Nadal S, Miji LC, Rico JM, Lanz P. Adaptación para nuestro medio de la Escala de Sobrecarga del Cuidador (Caregiver Burden Interview) de Zarit

ANEXO 5

ESCALA DE GOLDBERG

| Escala de EADG – (Escala de ansiedad - depresión) | Si/No |
|---|-------|
| Subescala de ansiedad | |
| 1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? | |
| 2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? | |
| 3. ¿Se ha sentido muy irritable? | |
| 4. ¿Ha tenido dificultades para relajarse? | |
| Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando | |
| Subtotal | |
| 5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? | |
| 6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o nuca? | |
| 7. ¿Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? | |
| 8. ¿Ha estado preocupado por su salud? | |
| 9. ¿Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido? | |
| TOTAL ANSIEDAD | |

≥ 4 : Ansiedad probable

| Subescala de depresión | Si/No |
|---|-------|
| 1. ¿Se ha sentido con poca energía? | |
| 2. ¿Ha perdido el interés por las cosas? | |
| 3. ¿Ha perdido la confianza en usted mismo? | |
| 4. ¿Se ha sentido desesperanzado, sin esperanzas? | |
| Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando | |
| Subtotal | |
| 5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? | |
| 6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) | |
| 7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano? | |
| 8. ¿Se ha sentido usted enlentecido? | |
| 9. ¿Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? | |
| TOTAL DEPRESIÓN | |

≥ 2 : Depresión probable

Goldberg, D. P.; Hillier, V. F.: A scaled version of the General Health Questionnaire. Psychological Medicine 1979

ANEXO 6

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Título del estudio: Identificación del síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo en pacientes de la consulta externa del servicio de geriatría del hospital quito n.1 de la policía en el periodo comprendido entre octubre del 2014 y enero del 2015.

Investigadores: Paola Silva y Verónica Pérez

Sede: Hospital Quito #1 de la Policía

Nombre del participante:

A usted se le está invitando a participar en este estudio de investigación médica ya que presenta las características necesarias para estar en el mismo. Su participación es completamente voluntaria, si no desea hacerlo su médico continuara con su atención habitual y su negativa no le traerá ningún inconveniente. Lea toda la información que se le ofrece en este documento y siéntase con absoluta libertad para preguntar sobre cualquier aspecto que le ayude a aclarar sus dudas al respecto.

Una vez que haya comprendido el estudio y si usted desea participar, entonces se le pedirá que firme esta forma de consentimiento.

1. Justificación:

Este trabajo de investigación está enfocado en dar a conocer un grupo poblacional en riesgo como son los cuidadores de pacientes adultos mayores crónicos a quienes el sistema de salud no ha dedicado suficientes recursos a pesar de ser un grupo que se encuentra en constante crecimiento, por lo que consideramos fundamental se tomen medidas preventivas y educativas para evitar enfermedades en los cuidadores y un mejor cuidado del paciente a su cargo.

2. Objetivos:

A usted se le está invitando a participar en un estudio de investigación que tiene como objetivo determinar la incidencia de síndrome del cuidador cansado y como este se relaciona con el deterioro de su salud y/o la del paciente a su cargo.

3. Beneficios del estudio:

Con este estudio conocerá de manera clara si usted presenta síndrome del cuidador cansado y como esto podría estar afectando su salud y la de la persona a su cargo. Este estudio permitirá que en un futuro otros pacientes puedan beneficiarse del conocimiento obtenido.

4. Procedimiento:

En caso de aceptar participar en el estudio se le realizaran algunas preguntas sobre usted, sus hábitos y sus antecedentes médicos, tendrá que acudir a charlas educativas y en el periodo de un mes se aplicara el cuestionario nuevamente.

5. Riesgos asociados con el estudio:

Este estudio no presenta ningún tipo de riesgo asociado al mismo ya que solo consta de una serie de cuestionarios y clases educativas.

6. Aclaraciones:

- Su decisión de participar en el estudio es completamente voluntaria.
- No habrá ninguna consecuencia desfavorable para usted, en caso de no aceptar la invitación.
- Si decide participar en el estudio puede retirarse en el momento que lo desee, aun cuando el investigador responsable no se lo solicite, pudiendo informar o no, las razones de su decisión, la cual será respetada en su integridad.
- No tendrá que hacer gasto alguno durante el estudio.
- No recibirá pago por su participación.
- En el transcurso del estudio usted podrá solicitar información actualizada sobre el mismo, al investigador responsable.
- La información obtenida en este estudio, utilizada para la identificación de cada paciente, será mantenida con estricta confidencialidad por el grupo de investigadores.
- Si considera que no hay dudas ni preguntas acerca de su participación, puede, si así lo desea, firmar la Carta de Consentimiento Informado que forma parte de este documento.

7. Carta de consentimiento informado

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación.

Yo, _____ he leído y comprendido la información anterior y mis preguntas han sido respondidas de manera satisfactoria. He sido informado y entiendo que los datos obtenidos en el estudio pueden ser publicados o difundidos con fines científicos. Convengo en participar en este estudio de investigación

Firma del participante o del padre o tutor

Fecha

Firma del cuidador informal

Fecha

Esta parte debe ser completada por el Investigador (o su representante):

He explicado la naturaleza y los propósitos de la investigación; se les ha explicado acerca de los riesgos y beneficios que implica su participación. He contestado a las

preguntas en la medida de lo posible y he preguntado si tienen alguna duda. Acepto que he leído y conozco la normatividad correspondiente para realizar investigación con seres humanos y me apegó a ella.

Una vez concluida la sesión de preguntas y respuestas, se procedió a firmar el presente documento.

Firma del investigador

Fecha

ANEXO 7

ENCUESTA CUIDADOR

NOMBRE: EDAD:

SEXO: RELACION:

TEST DE ZARIT

| | |
|--|--|
| Piensa que su familiar le pide más ayuda de la que realmente necesita? | |
| Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted? | |
| Se siente agobiado por intentar compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades (trabajo, familia)? | |
| Siente vergüenza por la conducta de su familiar? | |
| Se siente enfadado cuando está cerca de su familiar? | |
| Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia? | |
| Tiene miedo por el futuro de su familiar? | |
| Piensa que su familiar depende de usted? | |
| Se siente tenso cuando está cerca de su familiar? | |
| Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar? | |
| Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar? | |
| Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar? | |
| Se siente incómodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar? | |
| Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar? | |
| Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos? | |
| Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo? | |
| Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar? | |
| Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona? | |
| Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar? | |
| Piensa que debería hacer más por su familiar? | |
| Piensa que podría cuidar mejor a su familiar? | |
| Globalmente, que grado de “carga” experimenta por el hecho de cuidar a su familiar? | |
| TOTAL | |

OPCIONES

1= Nunca 2= Rara vez 3= Algunas veces 4=Bastantes veces 5= Casi siempre

ESCALA DE GOLDBERG

| SUBESCALA DE ANSIEDAD | SI/NO |
|--|-------|
| 1. Se ha sentido muy excitado, nervioso o tenso? | |
| 2. Ha estado muy preocupado por algo? | |
| 3. Se ha sentido muy irritable? | |
| 4. Ha tenido dificultades para relajarse? | |
| Si hay 2 o más respuestas afirmativas, continuar preguntando | |
| SUBTOTAL | |
| 5. Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? | |
| 6. Ha tenido dolores de cabeza o nuca? | |
| 7. Ha tenido los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? | |
| 8. Ha estado preocupado por su salud? | |
| 9. Ha tenido alguna dificultad para quedarse dormido? | |
| TOTAL ANSIEDAD | |

≥4: probable ansiedad

| SUBESCALA DE DEPRESION | SI/NO |
|---|-------|
| 1. Se ha sentido con poca energía? | |
| 2. Ha perdido el interés por las cosas? | |
| 3. Ha perdido la confianza en usted mismo? | |
| 4. Se ha sentido desesperado, sin esperanzas? | |
| Si hay respuestas afirmativas a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar preguntando | |
| SUBTOTAL | |
| 5. Ha tenido dificultades para concentrarse? | |
| 6. Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) | |
| 7. Se ha estado despertando demasiado temprano? | |
| 8. Se ha sentido usted enlentecido? | |
| 9. Cree usted que ha tenido tendencia a encontrarse peor por las mañanas? | |
| TOTAL DEPRESION | |

≥2: probable depresión

ANEXO 8

ENCUESTA ADULTO MAYOR

NOMBRE: EDAD: SEXO:

INDICE DE BARTHEL

| | |
|---|--|
| COMER | |
| 10 | INDEPENDIENTE. Capaz de comer por sí solo y en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona. |
| 5 | NECESITA AYUDA para cortar la carne o el pan, pero es capaz de comer solo |
| 0 | DEPENDIENTE. Necesita ser alimentado por otra persona |
| VESTIRSE | |
| 10 | INDEPENDIENTE. Capaz de quitarse y ponerse la ropa sin ayuda |
| 5 | NECESITA AYUDA. Realiza sólo al menos la mitad de las tareas en un tiempo razonable |
| 0 | DEPENDIENTE. |
| ARREGLARSE | |
| 5 | INDEPENDIENTE. Realiza todas las actividades personales sin ninguna ayuda. Los complementos necesarios pueden ser provistos por otra persona. |
| 0 | DEPENDIENTE. Necesita alguna ayuda |
| DEPOSICIÓN | |
| 10 | CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. |
| 5 | ACCIDENTE OCASIONAL. Menos de una vez por semana o necesita ayuda, enemas o supositorios |
| 0 | INCONTINENTE. |
| MICCIÓN (Valorar la situación en la semana anterior) | |
| 10 | CONTINENTE. Ningún episodio de incontinencia. Capaz de usar cualquier dispositivo por sí sólo. |
| 5 | ACCIDENTE OCASIONAL. Máximo un episodio de incontinencia en 24 horas. Incluye necesitar ayuda en la manipulación de sondas u otros dispositivos. |
| 0 | INCONTINENTE. |
| IR AL RETRETE | |
| 10 | INDEPENDIENTE. Entra y sale sólo y no necesita ayuda de otra persona |
| 5 | NECESITA AYUDA. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda, es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse sólo. |
| 0 | DEPENDIENTE. Incapaz de manejarse sin una ayuda mayor. |
| TRASLADO SILLÓN – CAMA (Transferencias) | |
| 15 | INDEPENDIENTE. No precisa ayuda |
| 10 | MÍNIMA AYUDA. Incluye supervisión verbal o pequeña ayuda física |
| 5 | GRAN AYUDA. Precisa la ayuda de una persona fuerte o entrenada. |
| 0 | DEPENDIENTE. Necesita grúa o alzamiento por dos personas. Incapaz de permanecer sentado. |
| DEAMBULACIÓN | |
| 15 | INDEPENDIENTE. Puede andar 50 metros, o su equivalente en casa, sin ayuda o supervisión de otra persona. Puede usar ayudas instrumentales (bastón, muleta), excepto andador. Si utiliza prótesis, debe ser capaz de ponérsela y quitársela sólo. |
| 10 | NECESITA AYUDA. Necesita supervisión o una pequeña ayuda física por otra persona. Precisa utilizar andador. |
| 5 | INDEPENDIENTE (en silla de ruedas) en 50 metros. No requiere ayuda ni supervisión. |
| 0 | DEPENDIENTE |
| SUBIR Y BAJAR ESCALERAS | |
| 10 | INDEPENDIENTE. Capaz de subir y bajar un piso sin la ayuda ni supervisión de otra persona |
| 5 | NECESITA AYUDA |
| 0 | DEPENDIENTE. Incapaz de salvar escalones. |
| <20: dependencia total; 20-40: dependencia grave; 45-55: moderada; 60 o más: leve | |

Figura 19. Índice de Barthel. Actividades básicas de la vida diaria.

ESCALA DE YESAVAGE

| | |
|--|-----------------|
| 1. Siente que su vida esta vacia? | SI (0) – NO (1) |
| 2. Se siente con frecuencia aburrido/a? | SI (0) – NO (1) |
| 3. Se encuentra de buen humor la mayor parte del tiempo? | SI (1) – NO (0) |
| 4. Con frecuencia se siente desamparado/a, desprotegido? | SI (0) – NO (1) |
| 5. Se siente lleno/a de energía? | SI (1) – NO (0) |
| PUNTUACION TOTAL | |

≥2: Depresión

ESCALA DE OARS

| |
|---|
| <p>Cuál es su estado civil</p> <ol style="list-style-type: none"> Soltero Casado Viudo Separado <p>No responde</p> |
| <p>Vive su cónyuge en la residencia?</p> <ol style="list-style-type: none"> Si No <p>No responde</p> |
| <p>Durante el último año con qué frecuencia salió de la residencia para visitar a la familia o amigos en fines de semana o vacaciones, de compras o excursión?</p> <ol style="list-style-type: none"> Una vez a la semana o mas Una a tres veces al mes Menos de una vez al mes o solo en vacaciones Nunca <p>No responde</p> |
| <p>Con cuantas personas tiene la suficiente confianza para visitarlos en su casa?</p> <ol style="list-style-type: none"> Cinco o mas Tres o cuatro Una o dos Ninguna <p>No responde</p> |
| <p>Cuantas veces hablo (amigos, familiares u otros) por teléfono durante la última semana?</p> <ol style="list-style-type: none"> Una vez al día o mas Dos veces Una vez Ninguna <p>No responde</p> |
| <p>Cuantas veces durante la semana pasada le visito alguien que no vive con usted, fue usted de visita o realizo alguna actividad con otra persona?</p> |

| |
|--|
| 3. Una vez al día o mas 2. De dos a seis veces 1. una vez 0. Ninguna No responde |
| Hay alguna persona en la que tenga confianza? 2. Si 0. No NS/NC |
| Con que frecuencia se siente solo? 0. Bastante a menudo 1. Algunas veces 2. Casi nunca 3. NS/NC |
| Ve a sus familiares y amigos tan a menudo como quisiera o esta algunas veces triste por lo poco que vienen a verle? 1. Tan a menudo como deseo 2. Algunas veces me siento triste por lo poco que vienen No responde |
| Hay alguien que le ayudaría en cualquier cosa si se pusiera enfermo o quedara incapacitado (por ejemplo marido/mujer, otro familiar, amigo)? (ancianos en residencia la persona debe ser ajena al centro) 1. Si 0. Nadie dispuesto y capaz de ayudarme No responde Si es SI preguntar a y b a) Hay alguien (si vive en residencia ajeno a la residencia) que cuidaría de usted tanto tiempo como lo necesitase o solo un corto espacio de tiempo u ocasionalmente (por ejemplo: acompañarle al médico)? 1) Alguien que cuidaría de mi indefinidamente 2) Alguien que me cuidaría durante un breve espacio de tiempo 3) Alguien que me ayudaría de vez en cuando No responde b) Quien es esa persona? Nombre: Relación: |

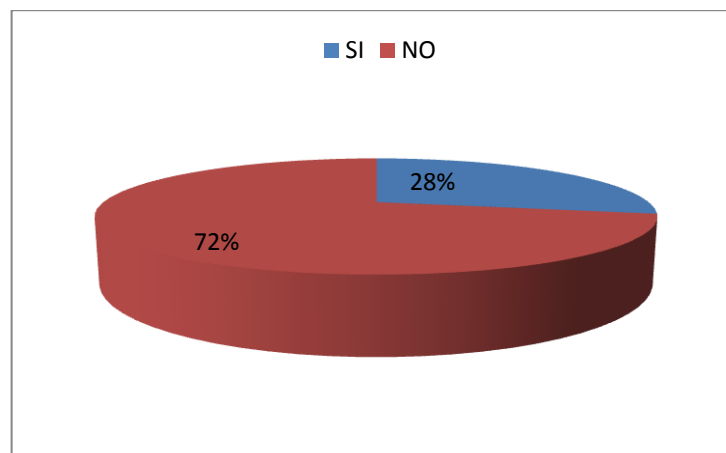
| Comorbilidades | | | |
|--------------------------------|--------------------------|---------------------------------|---------------------------|
| DMII__ | HTA__ | Enfermedades cardiovasculares__ | Enfermedades pulmonares__ |
| Enfermedades osteomusculares__ | Peso bajo__ | Obesidad__ | Trastorno auditivo__ |
| Trastorno visual__ | Incontinencia urinaria__ | Deterioro cognitivo__ | Depresión__ |
| Cáncer__ | Dentadura postiza__ | Patología psiquiátrica__ | > 3 medicamentos__ |
| Discapacidad__ | Tipo__ | Sedentarismo__ | Tabaquismo__ |
| Autopercepción de salud__ | | Alcoholismo__ | |

ANEXO 9

GRAFICOS DE RESULTADOS UNIVARIADOS NO INCLUIDOS

Grafico 23

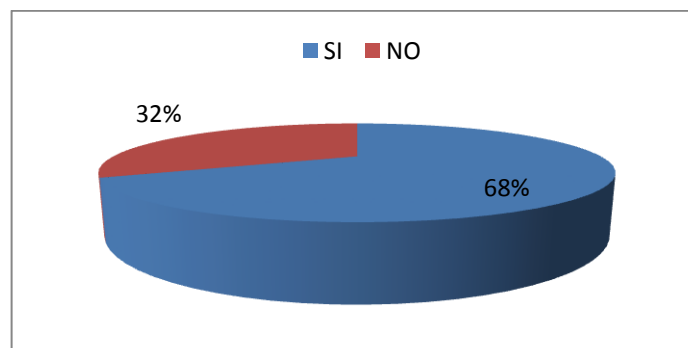
DIABETES MELLITUS II EN ADULTOS MAYORES



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

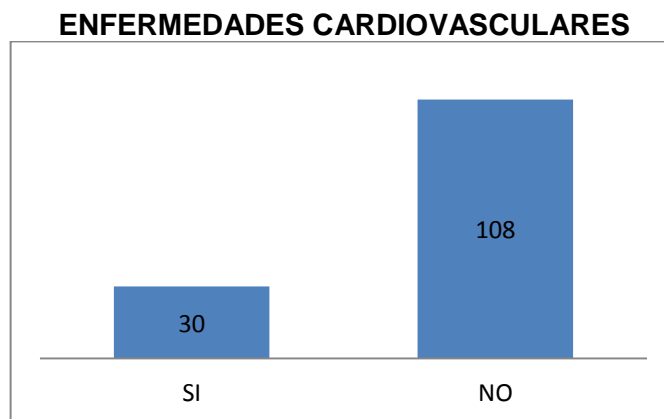
Grafico 24

HIPERTENSION ARTERIAL EN ADULTOS MAYORES



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

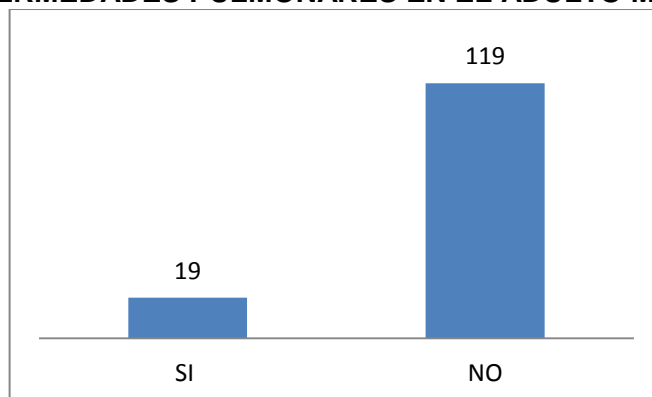
Grafico 25



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

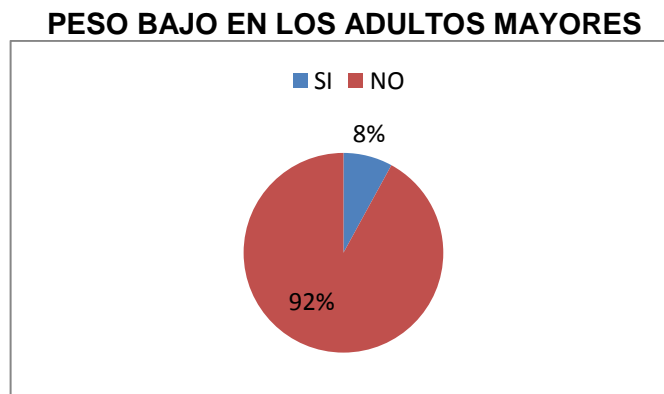
Grafico 26

ENFERMEDADES PULMONARES EN EL ADULTO MAYOR



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

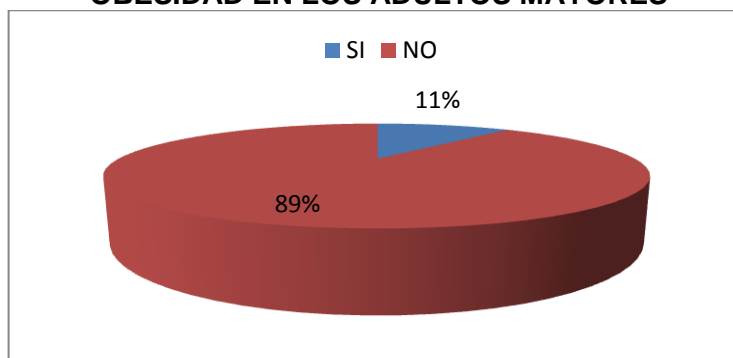
Grafico 27



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Grafico 28

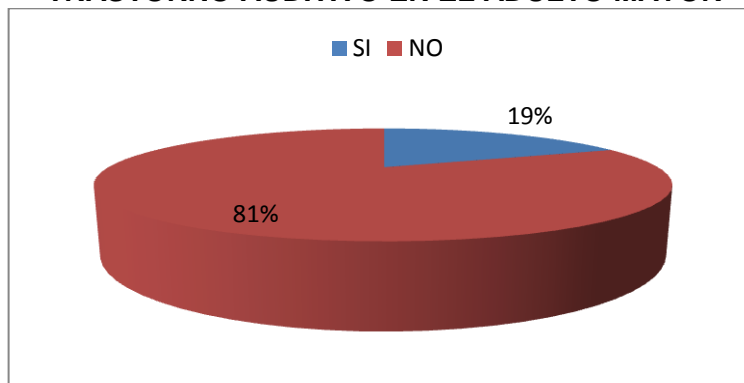
OBESIDAD EN LOS ADULTOS MAYORES



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Grafico 29

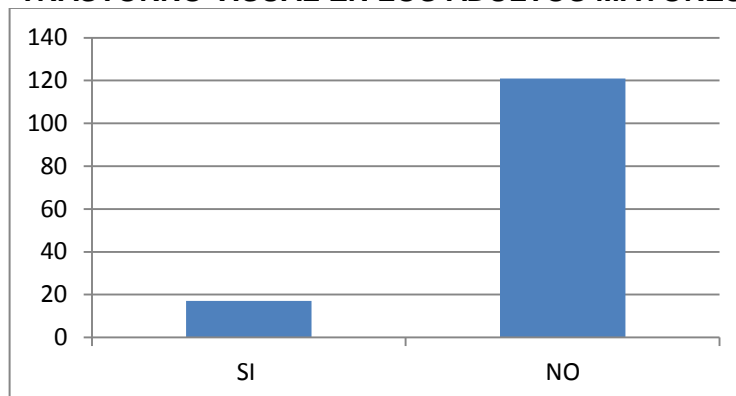
TRASTORNO AUDITIVO EN EL ADULTO MAYOR



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Grafico 30

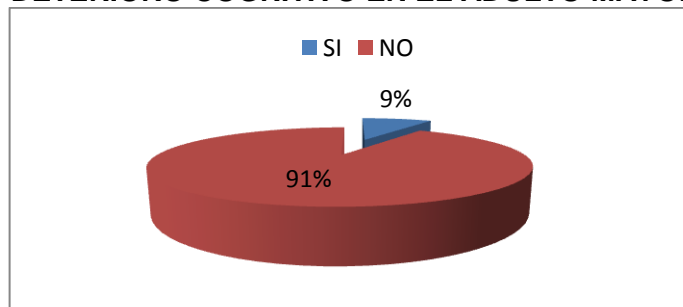
TRASTORNO VISUAL EN LOS ADULTOS MAYORES



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Grafico 31

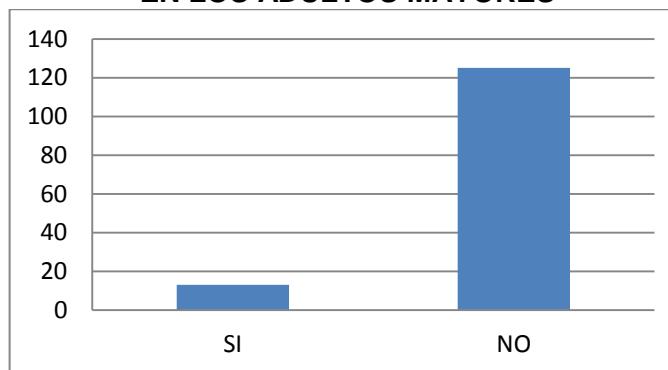
DETERIORO COGNITIVO EN EL ADULTO MAYOR



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Grafico 32

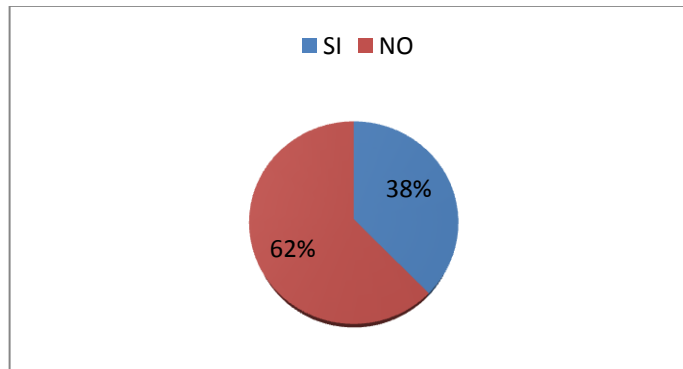
DEPRESION PREVIAMENTE DIAGNOSTIVADA EN LOS ADULTOS MAYORES



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Grafico 33

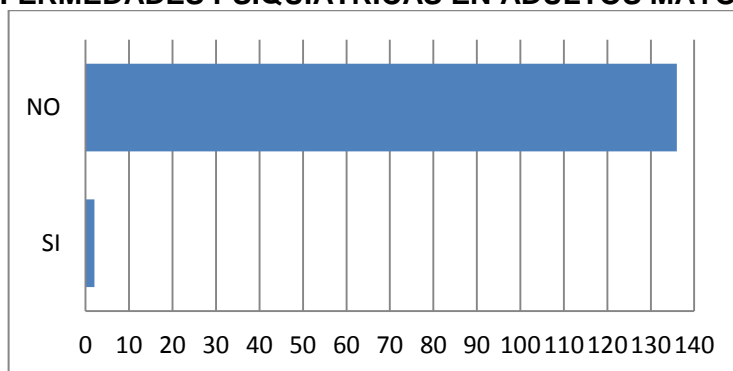
USO DE DENTADURA POSTIZA EN ADULTOS MAYORES



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Grafico 34

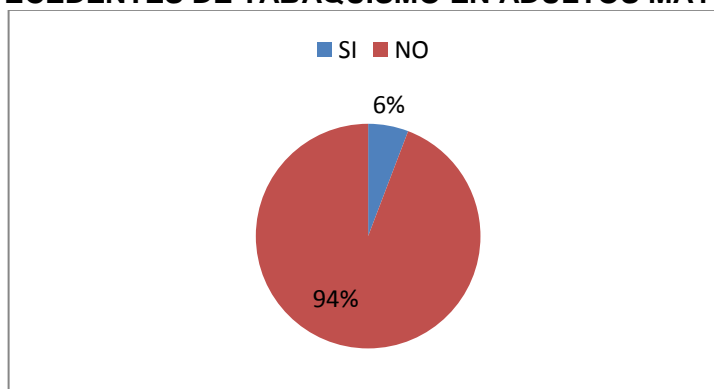
ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS EN ADULTOS MAYORES



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Grafico 35

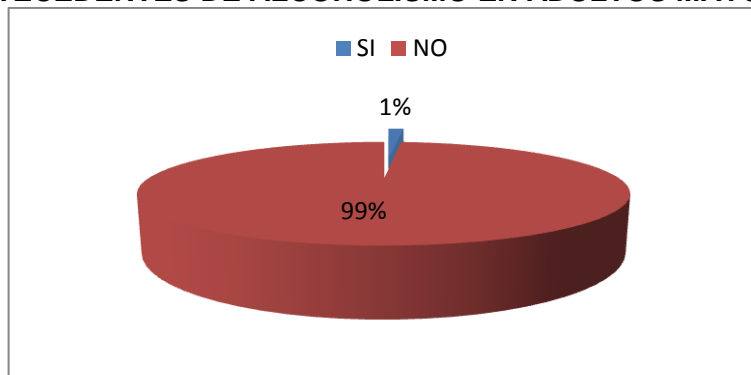
ANTECEDENTES DE TABAQUISMO EN ADULTOS MAYORES



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

Grafico 36

ANTECEDENTES DE ALCOHOLISMO EN ADULTOS MAYORES



Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva

ANEXO 10

Tabla 5.RESULTADOS DE ANALISIS BIVARIADO NO SIGNIFICATIVOS

| VARIABLE | OR | IC | P |
|---|-------|---------------|-------|
| DEPENDIENTE (SCC) Y VARIABLES INDEPENDIENTES DEL CUIDADOR | | | |
| - EDAD CUIDADOR | 0.631 | 0.302 – 1.320 | 0.220 |
| - SEXO CUIDADOR | 1.018 | 0.491 – 2.110 | 0.961 |
| DEPENDIENTE (SCC) Y VARIABLES INDEPENDIENTES DEL ADULTO MAYOR | | | |
| - EDAD AM | 0.776 | 0.385 – 1.563 | 0.478 |
| - SEXO AM | 0.655 | 0.331 – 1.299 | 0.225 |
| - VIVE CON CONYUGUE | 1.271 | 0.616 – 2.624 | 0.516 |
| - NUMERO DE COMORBILIDADES | 0.601 | 0.274 – 1.321 | 0.203 |
| - ENFERMEDADES CRONICO DEGENERATIVAS | 0.749 | 0.321 – 1.744 | 0.501 |
| - ENFERMEDADES NEUROLOGICAS | 0.791 | 0.293 – 2.133 | 0.643 |
| - DETERIORO COGNITIVO | 1.706 | 0.489 – 5.956 | 0.398 |
| - ENFERMEDADES ONCOLOGICAS | 0.657 | 0.191 – 2.265 | 0.504 |
| - ENFERMEDADES PSIQUIATRICAS | 2.267 | 1.879 – 2.739 | 0.115 |
| - POLIFARMACIA | 1.500 | 0.764 – 2.944 | 0.238 |
| - DISCAPACIDAD | 1.330 | 0.483 – 3.663 | 0.581 |
| - ALCOHOLISMO | 1.827 | 1.569 – 2.127 | 0.365 |

Fuente: Identificación del Síndrome del cuidador cansado y su relación con la funcionalidad del adulto mayor a su cargo. Octubre 2014 – Enero 2015.
Elaboración/Autoras: V. Pérez y P. Silva